

ΤΕΙ: ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: " ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ " .

ΕΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΖΑΝΕΛΗ ΜΑΡΙΑ

ΜΠΑΡΚΑΛΕΣΗ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ



ΑΦΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	205
----------------------	-----

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α .

	Σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
<u>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</u>	
Ιστορική ανασκόπηση	6
Ανατομία Ν.Σ	12
Φυσιολογία Ν.Σ	19
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</u>	
Ορισμός και Αιτιολογία σχιζοφρένειας	25
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</u>	
Μορφές σχιζοφρένειας	39
Πρόγνωση	43
Γενική συμπτωματολογία	49
Κλινική εικόνα	61
Διάγνωση	75
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</u>	
Θεραπευτική αντιμετώπιση	79
Ψυχολογικές Θεραπείες και Θεραπείες περιβάλλοντος	88
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5</u>	
Νοσηλευτική φροντίδα	97
Νοσηλευτικές ενέργειες στην πρόληψη της ψυχικής υγείας.	120

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Η συμβολή της νοσηλεύτριας στην Οικογένεια.	123
Η συμβολή της Νοσηλεύτριας στο χώρο της .	128
Η συμβολή της Νοσηλεύτριας στην κοινωνία και κοινωνική αποκατάσταση ασθενούς.	131

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Υλικό και μέθοδος	134
Αποτελέσματα	135
Συζήτηση	150
Συμπεράσματα - Προτάσεις	152
Επίλογος	155
Ερωτηματολόγια	157
Βιβλιογραφία	

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ι Ο

Τους ανθρώπους κάθε εποχής απασχολούν και προβληματίζουν οι αρρώστιες εκείνες που βασικά είναι υπεύθυνες για μεγάλη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Έτσι, ενώ τους προηγούμενους αιώνες ένα από τα βασικότερα προβλήματα της ανθρωπότητας ήταν τα λοιμώδη νοσήματα, σήμερα είναι οι πνευματικές ασθένειες και ιδίως η σχιζοφρένια, που χαρακτηρίζεται από διχασμό της προσωπικότητας, αδιαφορία, αδράνεια, άρνηση, απροσαρμοστικότητα.

Ο όρος σχιζοφρένια προέρχεται από το σχίζω και φρένα και δείχνει μια διανοητική κατάσταση βαθιά διαχωριστική.

Για πρώτη φορά το 1911 ο Blruler (1857-1939) θέτει τον όρο σχιζοφρένεια, επειδή ανακαλύπτει ότι η πάθηση δεν καταλήγει ή δεν φτάνει πάντα σε μια εικόνα άνοιας και γιατί βρίσκει στο διαχωρισμό το κοινό, σε όλες τις μορφές, στοιχείο.

Πρίν βιαστούμε να καταδικάσουμε ή νααδιαφορήσουμε για ένα ψυχικά ασθενή ας αναλογισθούμε ότι το άτομο δεν γεννιέται απομονωμένο και μετά εντάσσεται στην κοινωνία αλλά γεννιέται μέσα στην κοινωνία και επομένως, καθήκον όλων μας είναι να βοηθήσουμε αυτά τα άτομα να μην εγκαταλείπονται στον εαυτό τους, χωρίς καμία περίθαλψη, συχνά σε καταστάσεις υγιεινής και περιβάλλοντος φοβερές όπου η μόνη "θεραπεία" είναι ο ζουρλομανδύας, το δέσιμο στο κρεβάτι και άλλα παρόμοια όργανα βασανισμού.

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Θέλουμε να ευχαριστήσουμε τον υπεύθυνο καθηγητή μας κ^ο Ιωάννη Δετοράκη που μας συμπαράστάθηκε στην προετοιμασία και στην αποπέρατωση αυτής της εργασίας.

Επίσης ευχαριστούμε την "Ψυχιατρική Κλινική" του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, και το "Ψυχιατρείο Δαφνίου" για τα στοιχεία που μας παραχώρησαν.

Υπάρχουν άνθρωποι κάπου που δεν

αντέχουν άλλο τη σιωπή

Αφήνουν οτιδήποτε σημάδια για να

φανερωθεί

ότι πέρασαν από δω.

Άλλοι βάζουν τ' ονομά τους σ' έναν τοίχο, ή στον ώμο

ενός αγάλματος.

Υπάρχουν άνθρωποι που αφήνουν από τον εαυτό τους

μόνο την ημερομηνία ή τ' αρχικά μιας αγάπης.

Υπάρχουν τρελοί που χαράζουν πάνω σ' ένα

νυχτερινό παγκάκι

την ομολογία ενός φόνου.

Υπάρχουν περιπλανώμενοι που αφήνουν πάνω σ' ένα

δέντρο

το ανίερο χνάρι του πάθους τους.

Οι διαβάτες με το αδειανό βλέμμα και αυτοί

που αναρωτιώνται

για ένα μήνυμα αφημένο σε μια πόρτα

Για μια λέξη που δεν έχει πια νόημα αφέτου

κατεδαφίστηκε η φυλακή

Οι διαβάτες κοιτάζουν να καίγονται μάτια

τα σημάδια.

Οι διαβάτες δεν καταλαβαίνουν τίποτε

γι' αυτή τη βιασύνη

να έχεις να γράψεις αυτό που ποτέ δε θα μπει

μέσα στα βιβλία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχιζοφρένια είναι ψυχική πάθηση της νεαρής κυρίως ηλικίας ακαθόριστης αιτιολογίας, η οποία εκδηλώνεται με μια ειδική νοσηρή συμπτωματολογία, πάντως όχι οργανική, η οποία είναι ενδεικτική της αποδιοργάνωσης της προσωπικότητας.

Ακόμη είναι μια ομάδα από ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις, που χαρακτηρίζονται από διαταραχές της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς.

Η σχιζοφρένια είναι ένα είδος τρέλας και η τρέλα προκαλεί το ενδιαφέρον όλων μας. Μια και συμβαίνει κάτι τέτοιο η σχιζοφρένια θα έπρεπε να μας κινήσει την περιέργεια γιατί συνήθως παρουσιάζεται στον άνθρωπο που προχωρεί προς την τρέλα. Οι φωνές, οι εικόνες και οι παραισθήσεις που δίνουν τον χαρακτηρισμό του τρελού σ' έναν άνθρωπο δεν είναι τίποτε άλλο παρά εκδηλώσεις σχιζοφρένιας. Είναι ίσως η πιο δραματική και η πιο βαθιά απ' όλες τις διανοητικές αρρώστιες που μπορεί να προκαλέσει την πιο μακροχρόνια ανικανότητα και ταλαιπωρία για τον άρρωστο και την οικογενειά του.

Για τους περισσότερους αρρώστους, η εμπειρία της σχιζοφρένιας είναι τρομακτική και καταλυτική και οδηγεί στην προοδευτική καταστροφή και εξάντληση της ζωής τους. Είναι το μοναδικό και μεγαλύτερο αντικείμενο της μοντέρνας ψυχιατρικής, ενώ παραμένει το μεγαλύτερο αίνιγμα.

Το 1% των ανθρώπων αναμένεται ότι θα υποφέρει από σχιζοφρένια προτού φθάσει στην ηλικία των 45 ετών.

Σε κάθε έναν από τους 60.000 σχιζοφρενείς των νοσοκομείων υπολογίζεται ότι αντιστοιχούν 4 ή 5 που ζουν ελεύθερα χωρίς

να παύουν βέβαια να ζουν στερημένα. Ανάμεσα σ' αυτούς που δεν είναι στο νοσοκομείο είναι οι άνθρωποι που τους χαρακτηρίζουμε σαν εκκεντρικούς ή απλώς παράξενους.

Πολλοί βρίσκονται σε κελιά φυλακών απελπιστικά γεμάτα και πολλοί άλλοι είναι οι διωγμένοι από την κοινωνία, οι αλήτες νέοι και γέροι, που κοιμούνται σε παγκάκια ή ζουν κάτω από γέφυρες. Πολλοί από τους αρρώστους ζουν πίσω από τους τοίχους των φρενοκομείων, εκεί όπου δεν προσφέρεται καμιά θεραπεία, επικρατεί η απόγνωση και φαίνεται η ανθρώπινη τραγωδία. Τώρα ξέρουμε ότι είναι σχιζοφρενείς. Αλλά αυτοί οι άνθρωποι ήταν ήδη σχιζοφρενείς εδώ και πολλά χρόνια, ίσως και πάνω από 40, πολύ πριν ανακαλυφθούν τα φάρμακα, τα οποία κρατούν τουλάχιστον υπό έλεγχο τις αντιδράσεις τους. Τώρα αν και υπάρχουν τα κατάλληλα φάρμακα στη διαθεσή τους, η αρρώστια έχει φθάσει σε τέτοιο βαθμό ώστε να είναι αδύνατον να θεραπευθεί. Παρά την εξάπλωση της σχιζοφρένειας, είναι λίγες οι σοβαρές έρευνες που γίνονται προς την κατεύθυνση αυτή. Το ίδιο το όνομα της αρρώστιας δεν έχει καθορισμένη έννοια.

Καθιερώθηκε το 1911 για να περιγράψει ένα πλήθος από αρρώστιες με κοινά περίπου συμπτώματα. Ακόμα δεν έχει επέλθει καμιά συμφωνία και υπάρχουν πολλές επικρατούσες και αλληλοσυγκρουόμενες απόψεις ως προς τα αίτια, την θεραπευτική αγωγή και την πιθανότητα θεραπείας. Μερικές θεωρείες ως προς την σχιζοφρένεια αναφέρονται στις καταβολές του οικογενειακού περιβάλλοντος και αγγίζουν τον μυστικισμό, ενώ άλλες παραμένουν στον περίπλοκο κόσμο της βιοχημείας.

Είναι ένας λαβύρινθος όπου ο κοινός άνθρωπος δεν θα μπορούσε να εισχωρήσει.

Ο Δρ. Μίτσελ λέει στο βιβλίο του "Σχιζοφρένια και Κοινωνία"
ότι: Η σχιζοφρένια είναι μια κατάσταση που γίνεται ένα νέο
πρόσωπο σ' έναν νέο κόσμο.

Γ Ε Ν Ι Κ Ο

Μ Ε Ρ Ο Σ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΑΝΑΤΟΜΙΑ Ν.Σ

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ Ν.Σ.

Ι Σ Τ Ο Ρ Ι Κ Η Α Ν Α Σ Κ Ο Π Η Σ Η

Όλα τα υπάρχοντα στοιχεία μας πείθουν πως η ψυχοπαθολογική εικόνα που ανταποκρίνεται στο σημερινό όρο Σχιζοφρένια υπήρχε ανέκαθεν. Γραπτά σχετικά κείμενα ανάγονται στο 14^ο αιώνα π.χ.. Ο Αρεταίος από την Καπαδοκία τον 1^ο αιώνα π.χ. επεχείρησε μάλιστα να την διαχωρίσει σε διάφορες μορφές. Οι όροι που χρησιμοποιήθηκαν κατά καιρούς ήταν ποικίλοι με επικρατούντες αυτούς που ανταποκρίνονται στο νόημα που έχουν οι κοινοί ελληνικοί όροι, μανία, τρέλα ή παραφροσύνη. Για την προέλευσή της κάθε λαός σε κάθε εποχή είχε τις δοξασίες του περιγραμμένες μέσα σε θρησκευτικά κατά κανόνα πλαίσια.

Στο Μεσαίωνα η πίστη ότι ο κόσμος κυριαρχείτε από αντιμαχόμενα καλά και κακά πνεύματα που συμπαρασύρουν την ανθρώπινη ύπαρξη στην αέναη πάλη τους τροφοδοτεί ένα μεταφυσικό πρότυπο της τρέλας που διατηρείται μέχρι και τις αρχές του 18 αιώνα. Αόρατες διαμονικές δυνάμεις εξουσιάζουν τον ψυχασθενή και κατευθύνουν την ιδιόρρυθμη, συμπεριφορά, έτσι ώστε αυτόν όταν δεν οδηγείται στη φωτιά για να εξαγνισθεί από την κυριαρχία τους, συνωστίζεται μαζί με φτωχούς και κακοποιούς σε άσυλα-φυλακές, όπου δεσπόζει ένα κατασταλτικός τιμωρητικός χαρακτήρας.

Η ιστορική πορεία των αντιλήψεων και των κατακτήσεων της Ψυχιατρικής μέσα στην τελευταία εκατονταετία στον τομέα της σχιζοφρένιας απεικονίζεται παραστατικά στο έργο μεγάλων κλινικών που τους παρουσιάζουμε κατά χρονολογική σειρά.

Ο Morel το 1860 θα ανακαλύψει μια παραδοξότητα: την εμφάνιση της άνοιας όχι σε γηραιά άτομα, αλλά σε νεαρά. Εισάγει τότε για πρώτη φορά τον προδρομικό της σχιζοφρένιας όρο "πρώιμη

άνοια" (démence précoce), για να ορίσει την ψυχοπαθολογική κατάσταση που αρχίζει στη νεαρή ηλικία των είκοσι ως τριάντα ετών και οδηγεί ραγδαία (σε 2-3 χρόνια) σε μια βαθιά ψυχο-διανοητική αποδιοργάνωση. Ο Morel αναζητά την αιτιοπαθογένεση της ασθένειας αυτής σε βεβαρημένη κληρονομικότητα, σεξουαλικές καταχρήσεις, και στον αλκοολισμό.

Ο Kahlbaum, το 1863 περιγράφει πρώτη την ψύχωση της εφηβείας με το όνομα "Paraphrenia hebetica" και λίγο αργότερα (1874) μία περίπτωση κατανομίας με το όνομα Spanungs-Irrsinn (παραφροσύνη τάσεως). Και για τις δύο αυτές μορφές ο Kahlbaum πιστεύει πως είναι προϊόντα οργανικής εγκεφαλικής βλάβης με προοδευτική εξέλιξη.

Ο Sandler το 1868 περιγράφει περιπτώσεις παρανοειδών ψυχωσικών καταστάσεων με τάση περιγραφική λεπτομέρεια που έναν αιώνα αργότερα πολύ λίγα θα μπορούσε να προσθέσει κανένας.

Ο Hecker, συνεργάτης του Kahlbaum περιγράφει το 1871 την ηβηφρένια με όλες τις κλινικές λεπτομέρειες. Τονίζει ιδιαίτερα την βαθμιαία εγκατάσταση της με συναισθηματικού τύπου διαταραχές την εξελιξή της σε ανόητη και διεγερτική συμπεριφορά και την καταληξή της σε νοητική έκπτωση.

Ο Laseque τον ίδιο χρόνο περιγράφει μια τυπική περίπτωση παραληρήματος καταδιώξεως.

Ο Kraepelin καθιερώνει τη νοσολογική οντότητα της "πρώιμης άνοιας", που εμπίπτει στα πλαίσια του σημερινού όρου σχιζοφρένεια, ως μια ενιαία νόσο με ποικίλες κλινικές μορφές, έχοντας κοινά και παγία χαρακτηριστικά γνωρίσματα την ενδογενή προέλευση, την προσβολή νέων και προηγούμενα υγείων ατόμων και την εξελικτική πορεία προς την άνοια.

Στόχος του Kraepelin είναι η όσο το δυνατό πιο εμπειριστατωμένη φαινομεναλογική θεώρηση της ασθένειας αυτής. Στην πρώτη έκδοση της Ψυχιατρικής του το 1887 χρησιμοποιεί τον όρο πρώιμη άνοια για να περιλάβει σ' αυτόν την ηβηφρένεια που περιέγραψε ο Hecker. Τόσο τις παρανοειδείς ψυχώσεις όσο και την κατατονία του Kahlbaum τις αναφέρει ως ιδιαίτερες νοσολογικές οντότητες.

Στα 1893 στον πίνακα ταξινόμησης ξεχωρίζει δύο βασικές κατηγορίες ψυχώσεων. Την μανιοκατάθλιψη και την πρώιμη άνοια. Στην τελευταία περιλαμβάνει τώρα και την κατατονία.

Στα 1896 στην πέμπτη έκδοση της Ψυχιατρικής του ξεχωρίζει τρεις τύπους "πρώιμης άνοιας": Την κατατονία, την ηβηφρένεια και την τυπική παραφροσύνη, (*vesania typica*) που την ονόμασε αργότερα παρανοειδή άνοια. Το 1898 χρησιμοποιεί τον όρο "πρώιμη άνοια" όχι ως περιληπτικό όρο ποικίλων παρόμοιων καταστάσεων αλλά ως όρο που αποδίδει μια ενιαία νόσο με ποικίλες κλινικές μορφές και με κοινά χαρακτηριστικά όπως αναφέρθηκε προηγουμένως.

Ο Bleuler το 1911 δημοσιεύει την κλασική του μονογραφία "Η πρώιμη άνοια και η ομάδα των σχιζοφρενιών". Διαπιστώνει πως μόνο ένα μέρος από τις περιπτώσεις που εμπίπτουν στο περιγραφικό πλαίσιο της "πρώιμης άνοιας" είναι πράγματι πρώιμες και καταλήγουν πράγματι σε άνοια. Εισάγει τον Ελληνικό όρο Σχιζοφρένεια για να υποδηλώνει μ' αυτόν τον τρόπο ότι η άνοια δεν αποτελεί αναγκαστική κατάληξη της νόσου και ότι κύριο χαρακτηριστικό της έχει το σύμπτωμα της σχίσσεως των ψυχονοητικών λειτουργιών. Επί πλέον ο Bleuler διακρίνει πρωταρχικά και δευτερεύοντα σχιζοφρενικά συμπτώματα. Στα πρώτα συγκαταλέγει την αμφιθυμία, την αδιαφορία, την αποργάνωση (χάλαση) του συνειρμού, τον αυτισμό

αβουλησία. Στα δευτερεύοντα συγκεντρώνει τα περισσότερα απ' αυτού που ο Krapelin θεωρούσε πρωταρχικά, δηλ. τις ψευδαισθήσεις, τις παραληρητικές ιδέες και τις κατανοητικές εκδηλώσεις. Τόσο ο όρος Σχιζοφρένια όσο και το σύστημα κατατάξεως των σχιζοφρενικών του Bleuler υιοθετήθηκαν σε παγκόσμια κλίμακα.

Ο Freud το 1881 αναλύει την περίπτωση Schreber με βάση την αυτοβιογραφία του παρανοεικού αυτού αρρώστου και συνδέει το διωκτικό παραλήρημα με λανθάνουσες ομοφυλόφιλες τάσεις και με απόσυρση των λιβιδινικών επενδύσεων από το αντικείμενο στον εαυτό (επαναγωγή στον πρώιμο αυτοερωτισμό).

Διατυπώνει την άποψη πως η διαταραχή στις αντικειμενοτρόπες σχέσεις και η προσπάθεια για ανάκτηση του αντικειμένου καθορίζουν το περιεχόμενο της σχιζοφρενικής νόσου.

Μετά το 1915 επεξεργάζεται συστηματικότερα τις αντιλήψεις του αυτές για τον παθογενετικό ρόλο στη σχιζοφρένια της επαναγωγής στον πρώιμο αυτοερωτισμό. Επισημαίνει το μορφοπλαστικό ρόλο των μηχανισμών άμυνας (ιδιαίτερα της προβολής) και παραλληλίζει την σχιζοφρενική με την ονειρική κατάσταση λαβαίνοντας υπ' όψη του του κυριαρχική και στις δύο καταστάσεις παρουσία των μηχανισμών συμπυκνώσεων και μεταθέσεως.

Σύμφωνα με τον Freud το εγώ θυσιάζεται κατά κάποιο τρόπο προς όφελος των ενορμήσεων (προεγώ), ενώ η ισχύς του υπερέγώ είναι πλέον ανύπαρκτη.

Ο Jung στα 1903 στη μονογραφία του *Psychology of Dementia Praecox* (η ψυχολογία της πρώιμης άνοιας) αναλύει διεξοδικό το φαινόμενο της διαταραχής του συνειρμού, υποστηρίζοντας ότι αυτό συνιστά το κεντρικό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας.

Ο Jung ταυτίζει τους ψυχικούς μηχανισμούς της σχιζοφρένειας

με εκείνου του ονείρου αναφέροντας χαρακτηριστικά:

"Συλλογίσου αυτόν που ονειρεύεται να συμπεριφέρεται σαν να είναι ξυπνιος και έχεις αμέσως την κλινική εικόνα της πρώιμης άνοιας".

Με τις ερευνές του ο Jung αποφαίνεται στο διαχωρισμό των ανθρώπων σε δύο βασικούς ψυχολογικούς τύπους: τον ενδοστρεφή και τον εξωστρεφή. Διερευνώντας την προσωπικότητα του σχιζοφρενούς, υποστηρίζει ότι αυτός είναι ένα κατ' εξοχήν εσωστρεφές άτομο, ένα άτομο του οποίου η ψυχική του ενέργεια είναι κεντρομόλος, απομακρύνεται δηλαδή από τον εξωτερικό περίγυρο και κατευθύνεται προς το ίδιο το άτομο.

Ο Abraham το 1908 συνδέει τόσο τις παραληρητικές ιδέες όσο και τις ψευδαισθήσεις των σχιζοφρενικών με τις πρώιμες εμπειρίες.

Ο Adolf Meyer ο Ελβετοαμερικανός ψυχίατρος ιδρυτής της ψυχοβιολογικής σχολής το 1905 διατυπώνει την άποψη ότι η σχιζοφρένια και οι άλλες ψυχικές διαταραχές δεν αποτελούν νόσο αλλά δυσπροσαρμοστική αντίδραση μιας ειδικής δομής και ιδιοσυστασίας προσωπικότητας στις κτηθείσες εμπειρίες ζωής και στις τρέχουσες συνθήκες του περιβάλλοντος .

Ο Pavlov στις εργασίες του μετά το 1920 υποστηρίζει πως η σχιζοφρένια αντιστοιχεί σε μια χρόνια ύπνωση.

Ο Sakel εισάγει το 1933 στη θεραπευτική της το βαθύ ινσουλινικό κώμα.

Ο Von Meduna το 1935 εισάγει τη σπασμοθεραπεία με χημικά μέσα.

Ο Kretschmer διατυπώνει το 1936 τη θεωρία του για τη σχιζοφρενική ιδιοσυστασία. Καθιερώνει τον όρο σχιζοεδιική προσωπικότητα που την συνδέει με το λεπτόσωμο σωματικό ιδιοσυστασιακό τύπο.

Οι Carletti και Bini στα 1938 και το 1952 διεξάγει τις γενετικές του έρευνες στη σχιζοφρένια και διατυπώνει την άποψη ότι είναι

νόσος κληρονομική μεταδιδόμενη με τον υπολειπόμενο τύπο.

Ο Η. S. Sullivan από το 1935 ως το θάνατό του υποστηρίζει τη νεοφροϋδική άποψη ότι η σχιζοφρένια τις καταβολές της δεν τις έχει σε ενδοψυχικά αίτια αλλά σε διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις (γονέων-παιδιών).

Οι Deloy και Deniker εισάγουν το 1952 στη θεραπευτική της σχιζοφρένιας τις φαινοθειαζίνες εγκαινιάζοντας έτσι την σύγχρονη εποχή της ψυχοφαρμακολογίας που άλλαξε ριζικά τόσο την εικόνα της σχιζοφρένιας όσο και τους ερευνητικούς προσανατολισμούς της ψυχιατρικής.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το νευρικό σύστημα που ξαπλώνεται σε ολόκληρο το σώμα, ρυθμίζει την κανονική λειτουργία όλων των οργάνων, την ορμονική συνεργασία των και κάνει τον οργανισμό ικανό να αντιδρά στο περιβάλλον σαν ένα αρμονικό σύνολο. Είναι ακόμα η έδρα των ψυχικών λειτουργιών και με τα αισθητήρια όργανα, που ανήκουν σ' αυτό, φέρνει το άτομο σε επικοινωνία με τον εξωτερικό κόσμο.

Διαιρείται σε 2 μεγάλα τμήματα, στο εγκεφαλονωτιαίο ή ζωϊκό και στο φυτικό ή αυτόνομο νευρικό σύστημα, από τα οποία το μεν πρώτο ρυθμίζει τις ζωϊκές λειτουργίες (κινήσεις και αισθήσεις) το δε δεύτερο τις φυτικές λειτουργίες (ανταλλαγή της ύλης και αναπαραγωγή). Επί πλέον στο νευρικό σύστημα ανήκουν και τα αισθητήρια όργανα.

Το εγκεφαλονωτιαίο ή ζωϊκό νευρικό σύστημα διακρίνεται στο κεντρικό και στο περιφερικό Ν.Σ από τα οποία το μεν πρώτο αποτελείται από τον εγκεφαλικό και τον νωτιαίο μυελό το δε δεύτερο από τα εγκεφαλονωτιαία νεύρα και το εγκεφαλονωτιαίο γάγγλια.

Κεντρικό Νευρικό
Σύστημα.

1. Νωτιαίος Μυελός: Αποτελεί την προς τα κάτω συνέχεια του εγκεφάλου (προμήκουσ) και βρίσκεται μέσα στο σπονδυλικό σωλήνα. Στη θέση αυτή περιβάλλεται από 3 υμενιώδη περιβλήματα, τις μήνιγγες και χρησιμεύει για την έκφυση των νωτιαίων νεύρων.

Εξωτερική Μορφολογία Νωτιαίου Μυελού.

Ο Νωτιαίος Μυελός εμφανίζει στην εξωτερική του επιφάνεια:

α) Δύο ογκώματα, β) τον μυελικό κώνο με το τελικό νημάτιο, γ) επιμήκεις αύλακες, και δ) δέσμες, που αφορίζονται από τις αύλακες.

Εγκάρσιες τομές Νωτιαίου Μυελού.

Αν εξετάσουμε το νωτιαίο μυελό σε εγκάρσιες διατομές, θα παρατηρήσουμε ότι αποτελείται εξωτερικά μεν από λευκή ουσία, εσωτερικά από φαιά ουσία, διαπερνείται δε κατά μήκος από τον κεντρικό σωλήνα .

Μήνιγγες Νωτιαίου Μυελού.

Οι μήνιγγες του Ν.Μ είναι 3 από τα έξω προς τα μέσα, η σκληρή, η αραχνοειδής και η χοριοειδής, από τις οποίες οι δύο τελευταίες αποτελούν τη λεγόμενη λεπτή μήνιγγα. Ανάμεσα στις μήνιγγες υπάρχουν και δύο λεμφώδεις χώροι ο υποσκληρίδιος και ο υπαραχνοειδής χώρος. Τόσο οι μήνιγγες όσο και οι λεμφώδεις χώροι του Ν.Μ παριστάνουν τη συνέχεια των ομώνυμων μηνίγγων και χώρων του εγκεφάλου.

Αγγεία Νωτιαίου Μυελού.

Αρτηρίες: Ο νωτιαίος μυελός αγγειώνεται από πολλές αρτηρίες (πρόσθιες, οπίσθιες και πλάγιες νωτιαίες αρτηρίες).

Φλέβες: Οι φλέβες έχουν την ίδια κατανομή με τις αρτηρίες και τελικά εκβάλλουν ανάλογα με τη χώρα στις σπονδυλικές μεσοπλευρίες, οσφυϊκές και πλάγιες ιερές φλέβες.

Ε γ κ έ φ α λ ο ς .

Μαζί με τις μηνιγγές του βρίσκεται μέσα στο εγκεφαλικό κρανίο, και διαιρείται σε 5 μέρη:

- α) Στον τελικό εγκέφαλο (ημισφαίρια, σύνδεσμοι, πυρήνες, πλάγιες κοιλίες)
- β) Στον διάμεσο εγκέφαλο (οπτικοί θάλαμοι, υποθάλαμος, επιθάλαμος, μεταθάλαμος, μέση ή τρίτη κοιλία).
- γ) Στον μέσο εγκέφαλο (τετράδυμο, εγκεφαλικά σκέλη, υδραγωγός του εγκεφάλου).
- δ) Στον οπίσθιο εγκέφαλο (γέφυρα, παρεγκεφαλίδα, τέταρτη κοιλία) και
- ε) Στον έσχατο εγκέφαλο (προμήκης μυελός, τέταρτη κοιλία)

Από τους 5 αυτούς εγκεφάλους ο τελικός, ο διάμεσος, και ο μέσος αποτελούν το μίε γ α ε γ κ έ φ α λ ο, ενώ ο οπίσθιος και ο έσχατος το ρ ο μ β ο ε ι δ ή ε γ κ έ φ α λ ο. Όριο μεταξύ μεγάλου και ρομβοειδούς είναι ο ι σ μ ό ς του εγκεφάλου.

Σύμφωνα με μια άλλη διαίρεση ο εγκέφαλος διακρίνεται σε τρία μέρη:

- α) Τα δύο ημισφαίρια, β) την παρεγκεφαλίδα και γ) το εγκεφαλικό στέλεχος (που αποτελείται από τον προμήκη, τη γέφυρα, το τετράδυμο, τα εγκεφαλικά σκέλη και τους οπτικούς θαλάμους).

Μ ή ν ι γ γ ε ς Ε γ κ ε φ ά λ ο υ .

Ο εγκέφαλος περιβάλλεται από προστατευτικά περιβλήματα, τις μηνιγγες ανάμεσα στις οποίες υπάρχουν λεμφώδεις χώροι.

Οι μηνιγγες είναι τρεις από έξω προς τα μέσα, η σκληρή, η αραχνοειδής και η χοριοειδής. Οι λεμφώδεις χώροι είναι ο υποσκληρίδιος και ο υπαραχνοειδής.

Μερικοί διακρίνουν δύο μήνιγγες, τη σκληρή η παχιά και τη λεπτή μήνιγγα (=αραχνοειδής και χοριοειδής).

Α γ γ ε ί α Ε γ κ ε φ ά λ ο υ .

Α ρ τ η ρ ί ε ς: Ο εγκέφαλος χαρακτηρίζεται για την πλούσια αιματώσή του, αγγειώνεται δε από τις δύο έσω καρωτίδες, από τις δύο σπονδυλικές αρτηρίες καθώς και από τη βασική αρτηρία. Από την αναστόμωση των αρτηριών αυτών στη βάση του εγκεφάλου σχηματίζεται ο αρτηριακός κύκλος, με τον οποίο εξασφαλίζεται η παράπλευρη κυκλοφορία στον εγκέφαλο.

Φ λ έ β ε ς: Εμφανίζουν τα εξής χαρακτηριστικά γνωρίσματα:

1. Δεν συνοδεύουν τις αντίστοιχες αρτηρίες.
2. Κάνουν πολλές αναστομώσεις μεταξύ των .
3. Δεν έχουν μυϊκό χιτώνα και
4. Δεν έχουν βαλβίδες.

Από περιγραφική άποψη διακρίνονται στις επιπολείς ή φλοιώδεις και στις κεντρικές ή εν των βάθει φλέβες.

Π ε ρ ι φ ε ρ ι κ ό Ν ε υ ρ ι κ ό Σ ύ σ τ η μ α .

Αποτελείται από τα εγκεφαλονωτιαία νεύρα και από τα εγκεφαλονωτιαία γάγγλια, που συνδέονται με αυτά.

Ε γ κ ε φ α λ ο ν ω τ ι α ί α Γ ά γ γ λ ι α: Είναι μικρά, γκριζοκόκκινα και συμπαγή σωμάτια, που συνάπτονται με τις οπίσθιες ρίζες των νωτιαίων νεύρων (=νωτιαία γάγγλια) ή με τις αισθητικές ρίζες μερικών εγκεφαλικών νεύρων (εγκεφαλικά γάγγλια) όπως του τρίδυμου, του προσωπικού, του ακουστικού, του γλωσσοφαρυγγικού και του πνευμοφαστρικού νεύρου. Το κύριο συστατικό των γαγγλίων είναι τα νευρικά κύτταρα.

Εγκεφαλονωτιαία Νεύρα: Συνδέουν το Κ.Ν.Σ με τα διάφορα όργανα του σώματος και χρησιμεύουν για την αγωγή των διεγέρσεων από τα νευρικά κέντρα προς τα περιφερειακά όργανα ή και αντίστροφα. Αποτελούνται από νευρικές ίνες οι οποίες ανάλογα με την λειτουργία τους διακρίνονται σε κινητικές που νευρώνουν τους σκελετικούς μύες και σε αισθητικές ίνες.

Εγκεφαλικά νεύρα.

Είναι δώδεκα συζυγίες: 1. το οσφρητικό, 2. το οπτικό, 3. το κοινό κοινητικό, 4. το τροχιακό, 5. το τρίδυμο, 6. το απαγωγικό, 7. το προσωπικό, 8. το ακουστικό, 9. το γλωσσογαγγλικό, 10. το πνευμονογαστρικό, 11. το παραπληρωματικό, 12. το υπογλώσσιο. Από τα νεύρα αυτά άλλα είναι αισθητικά (1^ο, 2^ο, 8^ο) άλλα κινητικά (3^ο, 6^ο, 11^ο, 12^ο) και άλλα μικτά νεύρα (5^ο, 7^ο, 9^ο και 10^ο).

Νωτιαία Νεύρα.

Βρίσκονται μέσα στα μεσοσπονδύλια τμήματα, είναι τριάντα ένα ζευγάρια και διακρίνονται:

- α) σε οκτώ αυχενικά
- β) σε δώδεκα θωρακικά
- γ) σε πέντε οσφυϊκά
- δ) σε πέντε ιερά και
- ε) σε ένα κοκκυγικό

Φυτικό Νευρικό Σύστημα.

Ρυθμίζει τις φυτικές λειτουργίες δηλαδή τις λειτουργίες της ανταλλαγής της ύλης και της αναπαραγωγής και νευρώνει:

- α) τις λείες μυϊκές ίνες των σπλάχνων, των αγγείων, του δέρματος κ.λ.π

β) όλους τους αδένες και

γ) τον καρδιακό μυ

Ονομάζεται και αυτόνομο νευρικό σύστημα γιατί οι λειτουργίες που ρυθμίζει γίνονται αυτομάτως και δεν υπόκεινται στη βουλησή μας.

Α ν α τ ο μ ι κ ά Σ τ ο ι χ ε ί α τ ο υ Φ υ τ ι κ ο ύ Σ υ σ τ ή μ α τ ο ς .

Το Α.Ν.Σ αποτελείται από φυτικά κέντρα, που βρίσκονται μέσα στο Κ.Ν.Σ, από φυτικά γάγγλια, που βρίσκονται διάσπαρτα σε όλο το σώμα, από προγαγγλιακές και μεταγαγγλιακές ίνες καθώς και από περιφερειακά γαγγλιοφόρα πλέγματα.

Μ έ ρ η τ ο υ Φ υ τ ι κ ο ύ Σ υ σ τ ή μ α τ ο ς .

Το αυτόνομο νευρικό σύστημα διαιρείται σε δύο μέρη: στο συμπαθητικό και στο παρασυμπαθητικό.

Στο σύνολο του το Α.Ν.Σ παρουσιάζει ένα σύμπλεγμα από νευρικές οδούς που μπορούν να διαιρεθούν σε 3 τομείς: το συμπαθητικό στέλεχος, τα προγαγγλιακά και τα μεταγαγγλιακά πλέγματα.

Σ υ μ π α θ η τ ι κ ό Σ ύ σ τ η μ α: Ονομάζεται και θωρακο-οσφυϊκό. Εμφανίζει μια κεντρική μοίρα, που βρίσκεται μέσα στο νωτιαίο μυελό και μια περιφερική που αποτελείται από συμπαθητικά γάγγλια και γαγγλιοφόρα νευρικά πλέγματα.

Π α ρ α σ υ μ π α θ η τ ι κ ό Σ ύ σ τ η μ α: Εμφανίζει δύο μοίρες: την κεντρική και την περιφερική μοίρα.

Σύστημα Αισθητηρίων
Οργάνων.

Τα αισθητήρια όργανα είναι εξειδικευμένα περιφερειακά νευρικά όργανα, που κατάγονται από το εξώδερμα και τα οποία υποδέχονται τα εξωτερικά ή εσωτερικά ερεθίσματα, από τα οποία διεγείρονται, και την νευρική αυτή διέγερση μεταβιβάζουν με κεντρομόλα νεύρα στο φλοιό των ημισφαιρίων, όπου παράγονται τα αισθήματα.

Κάθε αισθητήριο όργανο αποτελείται από τρία μέρη:

α) Από το υποδεκτικό όργανο, που υποδέχεται τα ειδικά ερεθίσματα, τα οποία μετατρέπει σε νευρική διέγερση των αισθητικών νευρικών απολήξεων, που βρίσκονται μέσα σ' αυτό.

β) Από το αισθητήριο νεύρο, που μεταβιβάζει τη νευρική διέγερση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και

γ) Από το φλοιώδες εγκεφαλικό κέντρο, μέσα στο οποίο η νευρική διέγερση μετατρέπεται σε ειδικό αίσθημα, δηλαδή σε ψυχική εξεργασία.

Στα αισθητήρια όργανα ανήκουν:

1. Δέρμα
2. Το όργανο της όσφρησης, δηλ. ο οσφρητικός βλεννογόνος.
3. Το όργανο της γεύσης, οι γευστικοί κάλυκες.
4. Το όργανο της όρασης, οι δύο οφθαλμοί.
5. Το όργανο της ακοής και του χώρου, δηλαδή τα δύο αυτιά.

Φ Υ Σ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α Ν Ε Υ Ρ Ι Κ Ο Υ Σ Υ Σ Τ Η Μ Α Τ Ο Σ.

Το νευρικό σύστημα, συντηρεί, μαζί με το σύστημα των ενδοκρινών αδένων, τις περισσότερες από τις λειτουργίες ελέγχου του οργανισμού. Γενικά, ελέγχει τις σωματικές δραστηριότητες που απαιτούν ταχύτητα, όπως είναι οι μυϊκές συστολές, οι γρήγορες μεταβολές σπλαχνικών διεργασιών, ακόμα και η ταχύτητά της έκκρισης ορισμένων ορμονών.

Το νευρικό σύστημα είναι μοναδικό για την τεράστια πολυπλοκότητα των ενεργειών ελέγχου που μπορεί να εκτελέσει. Δέχεται στιγμιαίο κυριολεκτικά χιλιάδες πληροφορίες από τα διάφορα αισθητήρια όργανα και τις ενσωματώνει για να καθορίσει, μετά, την αντίδραση του οργανισμού.

Γ ε ν ι κ ή Ο ρ γ ά ν ω σ η τ ο υ Ν ε υ ρ ι κ ο ύ Σ υ σ τ ή μ α τ ο σ .

Α ι σ θ η τ ι κ ό τ μ ή μ α - Α ι σ θ η τ ι κ ο ύ Υ π ο δ ο χ ε ί ς

Οι περισσότερες δραστηριότητες του νευρικού συστήματος ξεκινούν από αισθητικές εμπειρίες που προέρχονται από αισθητικούς υποδοχείς είτε της επιφάνειας του σώματος, όπως οπτικούς, ακουστικούς, είτε άλλων ειδών. Η αισθητική εμπειρία μπορεί να προκαλέσει άμεση αντίδρασή ή αναμνησή της να αποθηκευτεί στον εγκέφαλο για λεπτά, εβδομάδες ή χρόνια και είναι μετά σε θέση να καθορίσει τις σωματικές αντιδράσεις σε κάποια μελλοντική στιγμή.

Κ ι ν η τ ι κ ό τ μ ή μ α - Ε κ τ ε λ ε σ τ ι κ ά ό ρ γ α ν α :

Ο πιο σημαντικός ρόλος του νευρικού συστήματος είναι ο έλεγχος των σωματικών δραστηριοτήτων που πραγματοποιείται με τους εξής

επιμέρους ελέγχους:

1. της συστολής των σκελετικών μυών σ' ολόκληρο το σώμα.
2. της συστολής των λείων μυών των εσωτερικών οργάνων και
3. της έκκρισης των εξωκρινών και ενδοκρινών αδένων πολλών περιοχών του σώματος. Οι δραστηριότητες αυτές ονομάζονται όλες μαζί κινητικές λειτουργίες του νευρικού συστήματος, ενώ οι μύες και οι αδένες λέγονται εκτελεστικά όργανα, γιατί εκτελούν τις λειτουργίες που υπαγορεύονται με τα νευρικά ερεθίσματα.

Επεξεργασία των πληροφοριών.

Μια από τις κυριότερες λειτουργίες του νευρικού συστήματος είναι η επεξεργασία των πληροφοριών που δέχεται με τρόπο τέτοιο ώστε οι κινητικές αντιδράσεις να είναι οι κατάλληλες.

Πάνω από 99% των αισθητικών πληροφοριών απορρίπτονται από τον εγκέφαλο ως ασήμαντες. Για παράδειγμα δεν αισθανόμαστε την επαφή του σώματός μας με τα ρούχα, ούτε και την πιεσή του στην καρέκλα που καθόμαστε.

Η σημαντική αισθητική πληροφορία, αφού επιλεγεί, πρέπει να διοχετευθεί στις κατάλληλες περιοχές του εγκεφάλου για να προκληθούν οι επιθυμητές αντιδράσεις.

Αποθήκευση των πληροφοριών - Μνήμη.

Από τις σημαντικές αισθητικές πληροφορίες λίγες μόνο προκαλούν άμεση κινητική ανταπόκριση. Πολλές από τις υπόλοιπες αποθηκεύονται για να χρησιμεύσουν μελλοντικά στον έλεγχο κινητικών λειτουργιών, καθώς και για τη διαδικασία της σκέψης. Το μεγαλύτερο μέρος της αποθήκευσης αυτής γίνεται στον εγκεφαλικό φλοιό, όχι όμως αποκλειστικά, αφού μικρό τμήμα πληροφοριών μπορούν να απο-

θηκεύουν και οι περιοχές της βάσης του εγκεφάλου ή ακόμα και ο νωτιαίος μυελός.

Η αποθήκευση των πληροφοριών αποτελεί τη διαδικασία της μνήμης και είναι καισαυτή λειτουργία των συνάψεων.

Μετά την αποθήκευσή τους στο νευρικό σύστημα οι μνήμες γίνονται μέρος του μηχανισμού επεξεργασίας. Οι διαδικασίες σκέψης του εγκεφάλου συγκρίνουν τις καινούργιες αισθητικές εμπειρίες με τις αποθηκευμένες μνήμες· οι τελευταίες βοηθούν στην επιλογή των σημαντικών καινούργιων πληροφοριών και τη διολέτευσή τους σε κατάλληλες περιοχές αποθήκευσης για μελλοντική χρήση ή σε κινητικές περιοχές για να προκληθούν οι κατάλληλες κινητικές αντιδράσεις.

Τα τρία κύρια επίπεδα του Ν.Σ.

Το νευρικό σύστημα του ανθρώπου έχει διατηρήσει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά από κάθε στάδιο της εξελικτικής διαδικασίας ανάπτυξής του .

Από την παραπάνω διεργασία απομένουν τρία κύρια επίπεδα του Ν.Σ με ειδική λειτουργική σημασία:

1. Το επίπεδο του νωτιαίου μυελού
2. Το κατώτερο εγκεφαλικό επίπεδο.
3. Το ανώτερο εγκεφαλικό ή φλοιώδες επίπεδο.

Ν ω τ ι α ί ο Ε π ί π ε δ ο .

Ο νωτιαίος μυελός του ανθρώπου διατηρεί πολλές λειτουργίες του πολυτηματικού ζώου. Με τα νωτιαία νεύρα μεταβιβάζονται σε κάθε τμήμα του νωτιαίου μυελού αισθητικές ώσεις, που μπορούν να προκαλέσουν τοπικές κινητικές αντιδράσεις είτε στο τμήμα του σώματος από το οποίο προέρχεται η αισθητική πληροφορία είτε σε γειτονικά τμήματα. Όλες, ουσιαστικά, οι κινητικές αντιδρά-

σεις του νωτιαίου μυελού είναι αυτόματες και επέρχονται σχεδόν αμεσα ως ανταπόκριση στο αισθητικό ερέθισμα.

Επιπλέον παρατηρούνται σε συγκεκριμένους τρόπους αντίδρασης τα λεγόμενα αντανακλαστικά.

Κατώτερο Εγκεφαλικό Επίπεδο.

Πολλές από τις λεγόμενες υποσυνείδητες σωματικές δραστηριότητες ελέγχονται από χαμηλότερες (κατώτερες) περιοχές του εγκεφάλου - προμήκη, γέφυρα, μεσεγκέφαλο, υποθάλαμο, θάλαμο, παρεγκεφαλίδα και βασικά γαγγλία.

Ο υποσυνείδητος έλεγχος της αρτηριακής πίεσης και της αναπνοής πραγματοποιείται κυρίως στο δικτυωτό σχηματισμό του προμήκη και της γέφυρας. Ο έλεγχος της ισορροπίας αποτελεί συνδιασμένη λειτουργία τμημάτων της παλαιοπαρεγκεφαλίδας και του δικτυωτού σχηματισμού του προμήκη, της γέφυρας και του μεσεγκέφαλου.

Οι υποσυνείδητες αλλά συντονισμένες λειτουργίες του σώματος καθώς και πολλές απ' τις ζωτικές διαδικασίες ελέγχονται από τις κατώτερες εγκεφαλικές περιοχές οι οποίες συνήθως, αλλά όχι πάντοτε, λειτουργούν κάτω από το επίπεδο της συνείδησης.

Ανώτερο ή Φλοιώδες Εγκεφαλικό Επίπεδο.

Ο εγκεφαλικός φλοιός είναι εκβλάστημα των κατώτερων μορφών του εγκεφάλου και ιδιαίτερα του οπτικού θαλάμου. Η δραστηριοποίηση κάποιου μικροσκοπικού τμήματος του θαλάμου έχει ως αποτέλεσμα τη δραστηριοποίηση του αντίστοιχου και πολύ μεγαλύτερου τμήματος του φλοιού του εγκεφάλου. Επίσης η δραστηριοποίηση περιοχών του μεσεγκέφαλου προκαλεί τη μεταβίβαση διάχυτων ώσεων στον εγκεφαλικό φλοιό και από το θάλαμο αλλά και άμεσα, που διεγεί-

ρουν ολόκληρο το φλοιό. Τη διαδικασία αυτή ονομάζουμε εγρήγορση. Αντίθετα, όταν οι περιοχές αυτές του μεσεγκεφάλου αδρανούν, αδρανούν ταυτόχρονα και οι θαλαμικές και φλοιώδεις περιοχές και αρχίζει η διαδικασία του ύπνου.

Λειτουργία των νευρικών συνάψεων.

Οι πληροφορίες μεταβιβάζονται στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα με την μορφή νευρικών ώσεων μέσα από μια σειρά νευρώνων, περνώντας από το ένα στο άλλο. Ωστόσο δε συμπεραίνεται άμεσα ότι η κάθε πληροφορία είναι δυνατό·

1. Να αποκλεισθεί κατά τη μετάβιβαση της από τον έναν νευρώνα στον επόμενο.
2. Να μετατραπεί από μια σε πολλές ώσεις ή
3. Να συγχωνευτεί σε ώσεις που προέρχονται από άλλους νευρώνες, οπότε προκαλούνται περίπλοκης μορφής ώσεις σε διαδοχικούς νευρώνες.

Όλες αυτές οι λειτουργίες μπορούν να υπαχθούν στις συναπτικές λειτουργίες των νευρώνων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑΣ.

ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑΣ.

1. Ο Ρ Ι Σ Μ Ο Σ: Είναι η κατάσταση εκείνη που χαρακτηρίζεται από διαταραχές της σκέψης του αισθήματος και της συμπεριφοράς.

Η περιγραφή του αντικειμένου της κάθε επιστήμης είναι ευκολότερη από ότι η ερμηνεία του και τα συμπεράσματα γι' αυτό.

Αν και είναι δύσκολο να συμφωνήσουμε στο από τι συνίσταται η σχιζοφρένεια, είναι σχετικά εύκολο να περιγράψουμε τα διάφορα στοιχεία της κατάστασης που χαρακτηρίζεται σαν σχιζοφρενική συμπεριφορά και ερμηνεία. Αυτό που είναι ακόμα πιο δύσκολο είναι να σιγουρευτούμε για την αιτία που προκαλεί αυτή την ομάδα των ασθενειών. Για μια κατάσταση τόσο κοινή, που παρουσιάζεται με μια τόσο μεγάλη ποικιλία εκδηλώσεων, δεν θα πρέπει να μας φανεί παράξενο ότι υπάρχουν τόσες πολλές θεωρίες για τα αιτιά τους.

Έτσι λοιπόν για να κατανοήσουμε καλύτερα το αίτιο που προκαλούν τη σχιζοφρένεια πρέπει να τα εντάξουμε σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- α) Σωματικά ή οργανικά αίτια
- β) Ψυχολογικά και
- γ) Κοινωνικά αίτια.

1. Σ ω μ α τ ι κ ά Α ί τ ι α .

α) Γ ε ν ε τ ι κ ή Θ ε ω ρ ί α: Υποστηρίζει ότι υπάρχει ένα γονίδιο ή μια ομάδα γονιδίων που προκαλούν τη σχιζοφρένεια. Το γονίδιο είναι ένα συστατικό των χρωματοσωμάτων που μεταβιβάζεται κληρονομικά και όχι μόνο καθοδηγεί και ελέγχει την ανά-

πτύξη των διαφόρων τμημάτων ενός οργανισμού, αλλά είναι επίσης υπεύθυνο για διάφορες αρρώστιες.

Η διατύπωση αυτής της θεωρίας βασίζεται στην αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης σχιζοφρένειας στους συγγενείς ενός σχιζοφρενή και σε διάφορες μελέτες πάνω σε δίδυμα.

Αυτή η απλή εξήγηση με τα γονίδια είναι πολύ αφελής. Αυτό που κληρονομικά μεταβιβάζεται είναι η προδιάθεση και μόνο για σχιζοφρένεια η οποία όμως οφείλεται σε άλλους παράγοντες.

β) Σ ω μ α τ ο τ υ π ι κ ή θ ε ω ρ ί α: Από πλευράς σωματικής διάπλασης οι άνθρωποι κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες: Εκτόμορφοι (ψηλοί και αδύνατοι), ενδόμορφοι (κοντοί και χοντροί) και μεσόμορφοι (κανονικού μεγέθους, μυώδεις). Παλιότερες έρευνες υποστήριζαν ότι η σχιζοφρένεια ήταν συχνότερη μεταξύ των εκτόμορφων. Οι άρρωστοι σε κλινικές έρευνες περιγράφονταν σαν αδύνατοι, ασθενικοί με μακρά άκρα, συχνά με μελανό χρώμα. Πίστευαν δε ότι υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ του τύπου του σώματος και της προδιάθεσης για σχιζοφρένεια.

γ) Ε γ κ ε φ α λ ι κ έ ς θ ε ω ρ ί ε ς: Μια βλάβη στον εγκέφαλο πιθανόν να προκαλέσει επιληψία και περιστασιακά μπορούν να παρουσιασθούν σχιζοφρενικές καταστάσεις σε αρρώστους που παρουσιάζουν ήδη μια προδιάθεση. Αυτή η περίπτωση είναι καλό παράδειγμα δευτερογενούς ή συμπτωματικής σχιζοφρένειας.

δ) θ ε ω ρ ί α Μ ε τ α β ο λ ι σ μ ο ύ: Ο εγκέφαλος είναι πολύ ευαίσθητος σε αλλαγές του μεταβολισμού, δηλ. στις αλλαγές των χημικών συστατικών του αίματος. Ο εγκέφαλος χρησιμοποιεί σαν πρώτη ύλη το οξυγόνο και τη γλυκόζη για να δημιουργήσει τη δραστηριότητά του. Οι ορμόνες του θυροειδούς είναι βασικές

για τη συντήρηση της κυτταρικής δραστηριότητας και μια σπάνια μορφή σχιζοφρένειας γνωστή σαν κατατονία του Gjessing έχει αποδειχθεί ότι οφείλεται σε υπερλειτουργία του θυροειδή. Επίσης απο κλινικές παρατηρήσεις έχει αποδειχθεί μια αύξηση των σχιζοφρενικών περιπτώσεων στις περιόδους αμέσως μετά από ένα τοκετό ή κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης. Και στις δύο περιπτώσεις έχουν σημειωθεί αλλαγές στην ποσότητα των θηλυκών ορμονών που κυκλοφορούν στον οργανισμό και πιστεύεται ότι αυτή η καταστροφή της ισορροπίας ενεργάποιεί ήδη προδιατεθημένους για σχιζοφρένεια αρρώστους.

ε) Ν ε υ ρ ὄ χ η μ ι κ ῆ ἑ ω ρ ί α: Η πραγματική λειτουργία του νευρικού ιστού (εκπομπή νευρικών παλμών), εξαρτάται από απειροελάχιστες ποσότητες ισχυρότατων χημικών συστατικών, που δρουν στις συνδέσεις μεταξύ των νευρικών κυττάρων. Αυτοί οι χημικοί πομποί μπορούν να επηρεασθούν από φάρμακα ή είναι δυνατόν να τους επιτραπεί να δρουν για περισσότερο από τον κανονικό χρόνο επειδή έχει μπλοκαρισθεί ο μηχανισμός της απενεργοποίησής τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις, δημιουργούνται καταστάσεις που μοιάζουν πολύ με την σχιζοφρένεια. Ακόμη φάρμακα γνωστά σαν παραισθησιογόνα, όπως το Mescaline, το λυσεργικό οξύ κ.λ.π δημιουργούν τεχνητές ψυχωτικές καταστάσεις με το να αίρουν τη δράση αυτών των πομπών.

Σήμερα πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι ένα λάθος στην αλυσίδα της γενιάς αυτών των χημικών πομπών οδηγεί στη δημιουργία ενδιάμεσων ουσιών που στη συνέχεια δρουν σαν φυσικά παραισθησιογόνα. Αύξηση του ψυχικού στρες οδηγεί σε διέγερση του μεταβολισμού και έτσι υπάρχει ένας συνδετικός κρίκος ανάμεσα σε ψυχολογικά γεγονότα και σε αλλαγές στη φυσιολογία του εγκεφάλου.

2. Θ ε ω ρ ί ε ς Ψ υ χ ο λ ο γ ι κ ώ ν Α ι τ ι ώ ν .

α) Π ρ ο ν ο σ η ρ ή Π ρ ο σ ω π ι κ ό τ η τ α : Έρευνες που έγιναν σε ένα μεγάλο αριθμό σχιζοφρενών, έχουν δείξει μια καθολική αντιπρόσώπευση ορισμένων τύπων προσωπικότητας. Δύο τύποι έχουν βρεθεί με ιδιαίτερη συχνότητα. Η σχιζοειδής προσωπικότητα και η ευάλωτη προσωπικότητα αυτών των ανθρώπων που αντιδρούν άσχημα τόσο στο ψυχικό όσο και στο σωματικό στρές. Εφόσον είναι αποδεκτό ότι η κληρονομικότητα παίζει ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας, η θεωρία για μια κληρονομικά μεταβιβαζόμενη προδιάθεση για σχιζοφρένια ενισχύεται. Υπάρχει μέσα σ' αυτή την κατάσταση ένας φαύλος κύκλος. Οι ανώμαλοι χαρακτήρες συνήθως φέρνουν τον εαυτό τους σε αφύσικες καταστάσεις, και έτσι εκτίθενται σε μεγαλύτερο στρές από ότι οι άλλοι φυσιολογικοί άνθρωποι. Έτσι παραμένει το ερώτημα για το αν η σχιζοφρένια οφείλεται κατ' ευθείαν στην ανώμαλη προσωπικότητα ή στο αυξημένο στρές που έχουν αυτοί οι άνθρωποι.

β) Ψ υ χ ο λ ο γ ί α τ ο υ Ε γ ώ : Είναι η ψυχολογία που αναφέρεται στον εαυτό μας· αυτή η μοναδική εμπειρία της γνώσης ότι αποτελούμε μια ζωντανή ύπαρξη διαφορετική από τα άψυχα αντικείμενα που μας περιτριγυρίζουν. Στην αρχή η ύπαρξη του παιδιού περιβάλλεται από την μητέρα που ικανοποιεί όλες τις ανάγκες του. Αρχίζει να ξεχωρίζει τον εαυτό του από την μητέρα του όταν εκείνη δεν ικανοποιεί τις ανάγκες του και αρχίζει να αισθάνεται πόνο και απογοήτευση. Τότε αρχίζει σε ένα αρχέγονο στάδιο να ξεχωρίζει τον εαυτό του από τους άλλους. Αργότερα αρχίζει να συγχωνεύει μέσα στην ψυχολογία του και το ρόλο του πατέρα και των αδερφών του από τους γύρω

του. Αρχίζει σιγά-σιγά να θεμελιώνει τα σύνορα του εγώ του και ενημερώνεται για το μέχρσι που φτάνει ο εαυτός του και για το από που αρχίζει η ύπαρξη των άλλων. Αρχίζει να ξεχωρίζει ανθρώπους και αντικείμενα και να τους εντάσσει σ' ένα χώρο μέσα στον οποίο κυλάει η ζωή του.

Η διεργασία της ένταξης εξωτερικών ερεθισμάτων σε διάφορα σύνολα, τα οποία συσχετίζει μεταξύ τους για να δημιουργήσει ένα γενικό σύνολο ονομάζεται δημιουργία ενός gestalt (μορφή).

Ξέρω ποιός είμαι επειδή έχω καθορίσει τα όρια του εαυτού μου και αντιλαμβάνομαι τον εαυτό μου μέσα στο σύνολο με το περιβάλλον που με περιβάλλει και δεν είναι μέρος του εαυτού μου.

Στη σχιζοφρένια τα όρια του "εγώ" συγχέονται και καταστρέφονται έτσι ώστε ο άρρωστος χάνει την άννοια του εαυτού του και αισθάνεται ότι διαχέεται στο περιβάλλον του. Δεν έχει πια την αίσθηση του τι είναι εαυτός του και τι δεν είναι. Χάνει την ικανότητα της δημιουργίας gestalts (μορφών), και τις συγχέει με αυτά που βρίσκονται πίσω του και εμπρός του. Έτσι οι άρρωστοι τρομοκρατούνται με την αίσθηση ότι διαχέονται στους γύρω τους φοβούμενοι ότι θα τους καταπιεί το περιβάλλον. Πολλές φορές αναφέρουν ότι αισθάνονται ότι είναι κάποιος άλλος, ενώ ταυτόχρονα διατηρούν και τη δική τους προσωπικότητα. Κάποιος άρρωστος που έπαιζε ποδόσφαιρο, πίστευε ότι όταν χτυπούσε το πόδι του και όλοι οι παίκτες της αντίπαλης ομάδας χτυπούσαν κατά τον ίδιο τρόπο. Είχε χάσει την έννοια του εαυτού του και είχε συγχωνευθεί με τους αντιπάλους του. Μια άλλη άρρωστη αισθανόταν ότι από μέσα της έβγανε ένα κακό πνεύμα και προκαλούσε καταστροφές. Αυτοί οι άρρωστοι έχουν χάσει την αίσθηση της ταυτότητας τους και έχουν συγχωνευθεί από

το παγκόσμιο σύνολο.

γ) **Θεωρία του φίλτρου αντίληψης:**

Το μυαλό δέχεται συνεχώς τον βομβαρδισμό από ένα χείμαρρο εξωτερικών ερεθισμάτων, μέσα των πέντε αισθήσεων. Το "φίλτρο της αντίληψης" είναι ένας μηχανισμός με τον οποίο ο εγκέφαλος διαλέγει τα ερεθίσματα και τα κατατάσσει σύμφωνα με κάποια προτεραιότητα και δίνει προσοχή μόνο σ' αυτά για τα οποία έχει προγραμματισθεί. Στις κλινικές παρατηρήσεις οι σχιζοφρενείς δείχνουν να είναι αμέτοχοι στο τι γίνεται γύρω τους και δεν αντιδρούν στα εξωτερικά ερεθίσματα, στην πραγματικότητα είναι πολύ ευαίσθητοι στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Δέχονται και το παραμικρό ερέθισμα. Πέφτουν σε παθητική κατάσταση ακριβώς επειδή δεν προλαβαίνουν να αντιδράσουν στον συνεχή βομβαρδισμό από τον εξωτερικό κόσμο. Αυτό θα μπορούσε να είναι και μια εξήγηση του γιατί ο τρόπος που σκέπτονται είναι τόσο ατελής.

δ) **Θεωρία της ασυνείδητης ανησυχίας:**

Στα ονειρά μας οι φόβοι και οι ανησυχίες μας που σε κατάσταση εγρήγορσης είναι καταπιεσμένα ξεπηδούν από το υποσυνείδητο και εκφράζονται με διάφορους συμβολικούς τρόπους. Έτσι τα όνειρα παίζουν θεραπευτικό ρόλο επιτρέποντας μια κάθαρση που το καταπιεσμένα αισθήματα κατά ένα μεταμορφωτικό τρόπο. Το συνειδητό δεν μπορεί να υποφέρει τις αρχέτυπες ανησυχίες της ύπαρξης και της επιβίωσης και το λογικό διαταράσσεται όταν αυτές οι ανησυχίες ξεφεύγουν και περνούν στο συνειδητό.

Πιστεύεται ότι η ψύχωση που δημιουργείται από τη σχιζοφρένια είναι κατά κάποιο τρόπο ένα διαρκές όνειρο σε κατάσταση εγρήγορσης, μια κατάσταση στην οποία δεν υπάρχει έλεγχος αυτών των

βαθεία θαμένων αρχέγονων ανησυχιών. Σίγουρα δεν υπάρχει μεγάλη ομοιότητα στους συμβολισμούς των ονείρων και στα σύμβολα που παρουσιάζουν οι σχιζοφρενείς στην τέχνη.

ε) Ο ι δ ι π ό δ ε ι ο Σ ύ μ π λ ε γ μ α: κατά την ήβη οι νέοι αρχίζουν να έλκονται από άτομα του αντίθετου φύλλου. Αυτό σημαίνει ότι αρχίζει ένας ενεργητικός ανταγωνισμός με το περιβάλλον του και τα άτομα του ίδιου φύλου του. Τότε ακριβώς δημιουργείται μια ειδική μορφή σύγκρουσης ανάμεσα σ' αυτούς και στα μεγαλύτερα άτομα του ίδιου φύλου ιδιαίτερα δε με τον πατέρα.

Ο νέος θέλει να ελευθερωθεί από τα δεσμά που του επιβάλλει μία, όπως πιστεύει αυθαίρετη εξουσία. Η ίδια κατάσταση αναπτύσσεται και ανάμεσα στα κορίτσια και τις μητέρες τους, αλλά εδώ η συγκρότηση δεν είναι ξεκάθαρα βασισμένη στη δύναμη και στην εξουσία, αλλά κυρίως στη σεξουαλικότητα και τους τρόπους δελεασμού και πρόκλησης του αντίθετου φύλλου. Αυτό το οιδιπόδειο σύμπλεγμα πρέπει να λυθεί κατά κάποιο τρόπο και στις περισσότερες οικογένειες αυτό γίνεται με το να αφήσουν τους νέους ελεύθερους να δημιουργήσουν τις προσωπικότητές τους σαν ενήλικες μέσα στο ευρύτερο σύνολο της κοινωνίας.

Πιστεύεται ότι εάν δεν λυθεί το οιδιπόδειο σύμπλεγμα οι νέοι έχουν μόνο έναν περιορισμένο αριθμό εναλλακτικών τρόπων δράσης. Μπορεί να συνεχίζουν να μάχονται με τον παλιό τρόπο (θυμωμένοι νεαροί που ποτέ δεν μεγαλώνουν), μπορεί να τα παρατήσουν και να γίνουν εντελώς παθητικοί αφήνοντας τους εαυτούς τους έρμαια στη θέληση των γονιών τους. Για να ξεφύγουν μπορεί να φτάσουν στην αυτοκτονία ή να καταντήσουν τρελοί. Είναι σαν να αισθάνονται ότι δεν μπορούν να ζήσουν στον κόσμο και έτσι ξεφεύγουν από την πραγματικότητα και περνούν σε έναν κόσμο φανταστικό

στον οποίον διαθέτουν μαγική δύναμη και εξουσιάζουν πρόσωπα και πράγματα γύρω τους. Ένα άλυτο σύμπλεγμα είναι μια πηγή δυναμικού του είδους εκείνης της αρχέγονης ανησυχίας.

στ) **Θεωρία των διπλών δεσμών:** Δέσμευση είναι η ανεπιθύμητη και ενοχλητική επιρροή που έχει ο ένας πάνω στον άλλο. Ο Κοινωνιολόγος Gregory Bateson εξέτασε τις σχέσεις ανάμεσα στα σχιζοφρενικά παιδιά και τους γονείς τους και απέδειξε ότι αυτές οι οικογένειες δημιουργούσαν για τα παιδιά τους την κατάσταση αυτή που λέμε "διπλό δεσμό". Με αυτό εννοούμε ότι οι γονείς έβαζαν συνεχώς στα παιδιά τους περιορισμούς με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά. Κατ' αρχήν μια βασική εντολή "Κάνε αυτό" μετά μια αντίθετη απαγόρευση "μην το κάνεις" και τέλος μια απαίτηση να μην ξεφύγει το παιδί από αυτούς τους περιορισμούς, αλλά να αντιδράσει με κάποιο τρόπο. Εάν ένας απ' τους γονείς διατάξει το παιδί να μην υπακούσει τότε το παιδί δεν μπορεί να αντιδράσει με κάποιο τρόπο ώστε να ικανοποιήσει τους γονείς του. Στην κυριολεξία δεν μπορεί να κερδίσει αυτό το παιχνίδι των εκβολών και απαγορεύσεων των γονέων του και πιθανόν η τιμωρία είναι αναπόφευκτη. Αυτό το είδος των σχέσεων δεν απαντάται μόνο σε οικογένειες που έχουν σχιζοφρένια. Κατά πάσα πιθανότητα κάποια στιγμή της ζωής μας έχουμε την αυτή εμπειρία του πόσο ανυπόφορη είναι αυτή η κατάσταση. Μας επιστάνει η προσοχή ότι θα τιμωρηθούμε εάν συμπεριφερθούμε κατά ένα ορισμένο τρόπο και στη συνέχεια μας αναγκάζουν ώστε να μην μπορούμε παρά να αντιδράσουμε με τον απαγορευμένο τρόπο, αλλά αν ακόμα δεν είμαστε παραβάτες θεωρούμαστε σαν τέτοιοι και ακολουθεί η αναπόφευκτη τιμωρία. Έτσι εξοργιζόμαστε από

την αδικία και την τρέλα του κόσμου. Ο Bateson λέει ότι αυτού του είδους οι περιορισμοί δεν είναι αποκλειστικότητα των οικογενειών με σχιζοφρενείς αλλά είναι κάτι το πολύ συνηθισμένο σ' αυτές. Έτσι κατά κάποιο τρόπο μπορούμε να πούμε ότι οι ίδιοι οι γονείς τρελαίνουν τα παιδιά τους.

Από αυτή την κατάσταση το παιδί μπορεί να ξεφύγει με ένα μόνο τρόπο και αυτός είναι το να δημιουργήσει γύρω του ένα κόσμο φανταστικό στον οποίο οι αυστηροί και παράλογοι γονείς του δεν έχουν θέση, ή αν υπάρχουν διαθέτει επάνω τους μαγική δύναμη και εξουσία. Άλλοι ερευνητές έχουν αντιδράσει σε αυτή τη θεωρία που λέει ότι οι παράλογοι περιορισμοί είναι το γενεσιουργό αίτιο της σχιζοφρένειας και αντιπαραθέτουν τη θεωρία τους, λέγοντας ότι αυτού του είδους οι καταστάσεις δημιουργούνται στις οικογένειες που ήδη έχουν κάποιο σχιζοφρενή.

Κοινωνικές
θεωρίες.

α) Θεωρία μητέρας με σχιζοφρενικά παιδιά: Τα πρώτα χρόνια των κοινωνιολογικών ερευνών, οι ερευνητές μελέτησαν τον χαρακτήρα των μητέρων που είχαν σχιζοφρενικά παιδιά και τις συνέκριναν με άλλες που είχαν φυσιολογικά. Αμέσως φάνηκε ότι υπήρχε μια ιδιάζουσα μητρική συμπεριφορά. Οι μητέρες με τα σχιζοφρενή παιδιά παρουσιάζαν δύο χαρακτηριστικά. Κατ' αρχήν ήταν περισσότερο απαιτητικές και καταδικαστικές απέναντι στα παιδιά τους. Ζητούσαν απ' αυτά πολλά πράγματα και στη συνέχεια τα καταδίκασαν όταν δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις και στις προσδοκίες τους. Σε δεύτερη φάση παρουσίαζαν μια μεγάλη ασυνέπεια στη συμπεριφορά τους και τα αισθήματα που έτρεφαν πρός τα παιδιά τους. Τη μια στιγμή μπορεί να τους έλεγαν πόσο πολύ τα αγαπούν και λίγο αργότερα έδειχναν ψυχρές, απλησίαστες, ακόμα και εχθρικές. Αντιμετωπίζοντας μια τέτοια μητέρα, το παιδί νιώθει χαμένο και αισθάνεται ένα και μόνο πράγμα, ότι είναι ανεπιθύμητο από τη μητέρα, παρ' ότι πολλές φορές μπορεί να του λέει το αντίθετο.

Για μια ακόμα φορά θα πρέπει να τονισθεί ότι μια τέτοια συμπεριφορά δεν απαντάται αποκλειστικά και μόνο στις μητέρες με σχιζοφρενικά παιδιά, αλλά απαντάται σε τέτοιες περιπτώσεις με μεγαλύτερη συχνότητα από ότι στο γενικό μέσο όρο. Ακόμα έχει γίνει πολύς λόγος για το, εάν συμπεριφορά της μητέρας είναι υπεύθυνη για τη σχιζοφρένια του παιδιού, ή εάν αυτή η ανικανότητα σωστής συμπεριφοράς είναι η αντίδραση και η προσπάθεια αντιμετώπισης της σχιζοφρένιας του παιδιού. Η διαφωνία αυτή εξακολουθεί να υπάρχει και αφήνει περιθώρια για περισσότερες ακόμα έρευνες.

β) θεωρία ενδοοικογενειακών
αλληλεπιδράσεων:

Έχουμε δύο απόψεις η μία λέει ότι αυτή ακριβώς η συμπεριφορά συντέλεσε στο να γίνει αυτό το μέλος της οικογένειας σχιζοφρενικό και η άλλη ότι οι ιδιαίτερες σχέσεις δημιουργήθηκαν σαν αποτέλεσμα σχιζοφρένειας που ήδη κάποιο από τα μέλη της οικογένειας είχε. Έχουν γίνει πολλές έρευνες σχετικά με τη σχέση μεταξύ της γενιάς των γονιών και της γενιάς των παιδιών με σκοπό να βρεθεί αν ισχύει η υπόθεση ότι οι άνθρωποι είναι δυνατόν στην κυριολεξία να τρελαίνουν ο ένας τον άλλον. Έχει διαπιστωθεί ότι σε οικογένειες με σχιζοφρενικά μέλη εμφανίζεται αυτή ακριβώς η δυσκολία στην επικοινωνία, με μεγάλη συχνότητα. Υπάρχουν οικογένειες που φαίνεται ότι υπάρχουν σ' αυτές σωστά τοποθετημένες σχέσεις (μια αμοιβαιότητα ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας). Αλλά μια προσεκτική παρατήρηση δείχνει ότι αυτή η κατάσταση είναι φαινομενική και οι σχέσεις που υπάρχουν είναι απλώς και μόνο το κάλυμα που κρύβει το γεγονός ότι δεν υπάρχει η ψυχική επαφή. Ανάμεσα στα μέλη αυτών των οικογενειών επικρατεί μια συνωμοτική σιωπή που αρνείται αυτή την απάτη. Πιστεύεται ότι αυτή η κατάσταση οδηγεί γρήγορα στην τρέλα. Σε άλλες οικογένειες η καταπίεση είναι μια μέθοδος επικοινωνίας και έτσι η επικοινωνία υπάρχει μόνο και μόνο για να καλύψει το γεγονός ότι δεν υπάρχουν σχέσεις όπως θα έπρεπε να είναι. Σε άλλες οικογένειες αυτό που φταίει δεν είναι τόσο το είδος των σχέσεων που υπάρχουν ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας όσο ο εκφυλισμός του ρόλου που παίζει ο κάθε ένας μέσα στην οικογένεια. Από τις έρευνες που έχουν γίνει μέχρι τώρα βγαίνει το συμπέρασμα ότι αυτή η αστάθεια των ρόλων και σχέσεων κάθε ατό-

μου, μειώνουν την ικανότητα αντίληψης της πραγματικότητας και της υπαρξής του σε σχέση με το σπίτι του και γενικότερα το περιβάλλον του. Έτσι καλλιεργείται μια χαλάρωση των δεσμών με μια ενοχλητική πραγματικότητα και αρχίζει σαν αντιστάθμιση μια πτήση σε σφαίρες ψυχωτικής φαντασίας.

γ) **Θ ε ω ρ ί α τ ο υ ρ ό λ ο υ :** Χρησιμοποιείται για να αναλύσει τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια, αλλά μπορεί να εφαρμοσθεί εξ' ίσου καλά σε σχέσεις έξω από το σπίτι. Κάθε άνθρωπος για να συνεχίσει να φέρεται κατά ένα δεδομένο τρόπο έχει ανάγκη από κάποια ανταμοιβή. Στις κοινωνικές μας σχέσεις η ανταμοιβή είναι η αποδοχή μας σαν μέλη της ομάδας και η αναγνώριση της προσωπικότητας. Για να είμαστε μέλη της ομάδας πρέπει να συμπεριφερόμαστε με τον τρόπο που η ομάδα περιμένει από εμάς. Εάν συμπεριφερθούμε με τρόπο διάφορο απ' αυτόν που αναμένεται και ενοχλητικό, και αν αυτό το είδος της συμπεριφοράς συνεχισθεί, τότε σιγά-σιγά θα βρεθούμε έξω από την ομάδα. Επειδή δε όλοι μας θέλουμε να ανήκουμε σε μια ομάδα θα πρέπει να ανταποκριθούμε πλήρως στις απαιτήσεις της ομάδας. Για διάφορους λόγους ένα άτομο μπορεί να δείχνει τρελό ή να υπάρχει μια προϊστορία τρέλας στον ίδιο ή στην οικογενειά του. Αν ένα τέτοιο άτομο βρεθεί μέσα σε μια ομάδα που χρειάζεται ένα τρελό για αποδιπομπαίο τράγο (κάποιον στον οποίο να ρίχνονται όλα τα σφάλματα, τότε ο μόνος τρόπος για να γίνει δεκτός από την ομάδα είναι να παίξει το ρόλο του τρελού. Κατ' αυτήν την έννοια οι κοινωνίες δημιουργούν τους τρελούς τους και οι οικογένειες προετοιμάζουν ορισμένα μέλη τους, για μια σταδιοδρομία στη σχιζοφρένια.

δ) θεωρία του κοινωνικού αποκλεισμού:

Οι σχιζοφρενείς δεν βρίσκουν εύκολο το να επικοινωνήσουν με τους υπόλοιπους ανθρώπους, κατευθύνονται σε περιοχές όπου υπάρχει μια σχετική κοινωνική απομόνωση και όπου ασχολούνται μόνο με άψυχα αντικείμενα με τα οποία αισθάνονται πιο άνετα, παρά με τους ανθρώπους.

Προσπαθώντας να συσχετίσουμε όλες αυτές τις θεωρίες - σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές - η τάση να αποδώσουμε την σχιζοφρένεια σε μια μόνο αιτία έχει εγκαταλειφθεί και προσανατολιζόμαστε σε θεωρίες που δέχονται μια πολλαπλότητα αιτιών. Με άλλα λόγια η σχιζοφρένεια ή πιο σωστά οι σχιζοφρένιες οφείλονται σε ένα πλήθος αλληλοεπιδράσεων παραγόντων.

Μερικοί από αυτούς τους παράγοντες προδιαθέτουν το άτομο και το κάνουν να συμπεριφέρεται κατά ένα ορισμένο τρόπο, ενώ οι άλλοι είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση της καθ' εαυτού αρρώστιας.

Όλοι μας σήμερα έχουμε την αίσθηση ότι για τη σχιζοφρένεια ξέρουμε παρά πολλά, αλλά ταυτόχρονα και πολύ λίγα. Ξέρουμε παρά πολλά με την έννοια ότι έχουμε διατυπώσει τόσες πολλές θεωρίες. Ξέρουμε, δε, τόσα λίγα, γιατί ακόμα δεν μπορούμε να ολοκληρώσουμε όλες αυτές τις θεωρίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΜΟΡΦΕΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑΣ

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ.

Μ Ο Ρ Φ Ε Σ Σ Χ Ι Ζ Ο Φ Ρ Ε Ν Ι Α Σ

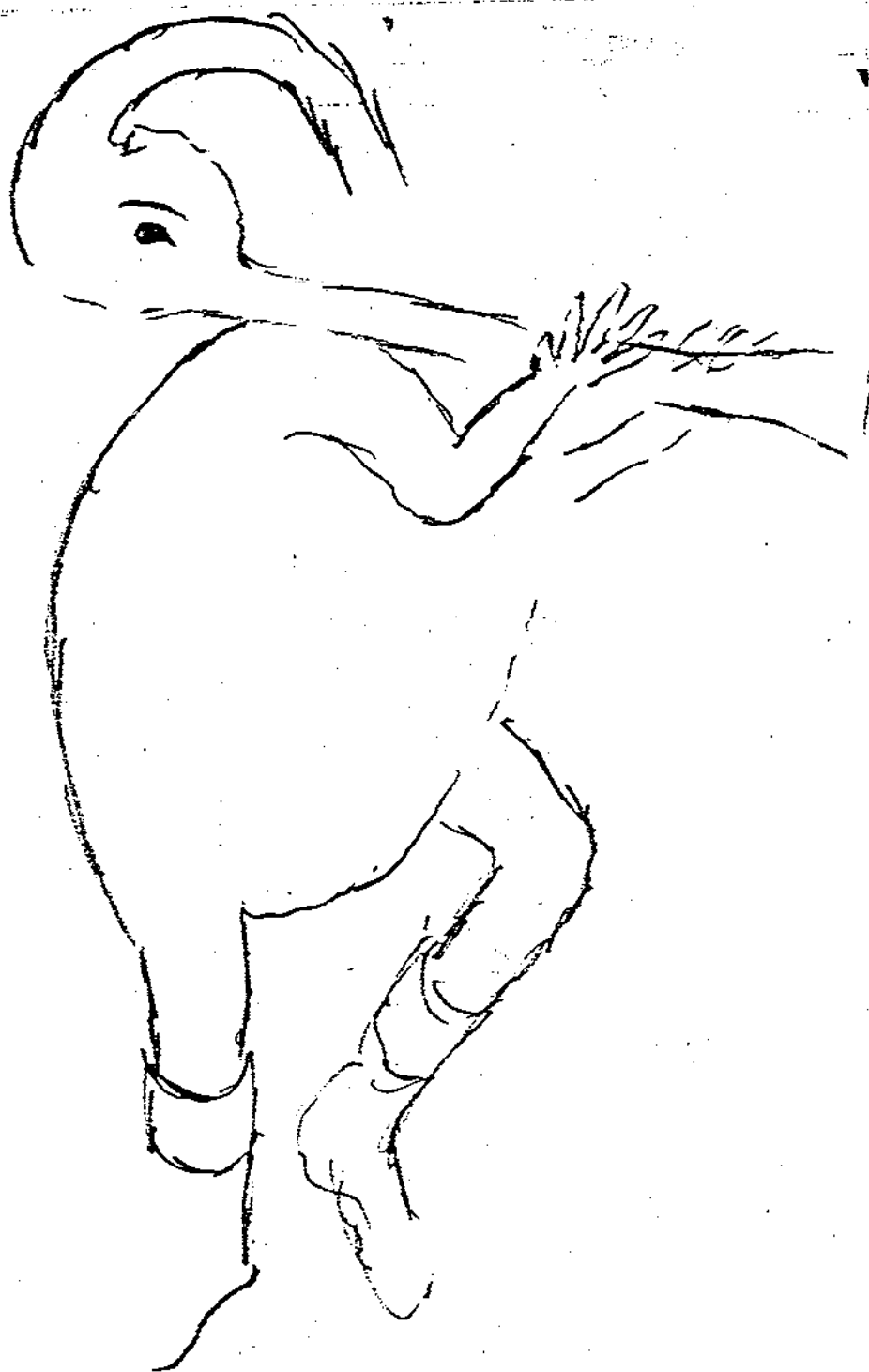
Παρά την ποικιλία των κλινικών μορφών, η μακρόχρονη κλινική εμπειρία επέβαλλε ένα διαχωρισμό του πλήθους των περιπτώσεων σε ιδιαίτερες "υποκατηγορίες" ή νοσολογικές μορφές. Αναγνωρίστηκαν από πολύ νωρίς τέσσερες κλινικές μορφές, οι λεγόμενες κλασσικές, που είναι η Απλή, η Ηβηφρενική, η Κατατονική και η Παρανοειδής. η διάκριση έγινε με βάση τα κλινικά-περιγραφικά κριτήρια που το βασικώτερο ήταν η επικρατούσα σε κάθε υποκατηγορία συμπτωματολογία. Σ' αυτή την τετράδα προστέθηκε αργότερα και μια πέμπτη, η Σχιζοσυναισθηματική και τα τελευταία χρόνια, πολλές άλλες που ονομάστηκαν ιδιαίτερες μορφές της σχιζοφρένειας.

Στον πρόσφατο πίνακα ταξινομήσεως της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας περιλήφθησαν εκτός από τις τέσσερες κλασσικές, οι ακόλουθες μορφές: Το οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο, η λανθάνουσα, η υπολειμματική η σχιζοσυναισθηματική, η παιδική, η χρόνια αδιαφοροποίηση και η σχιζοφρένια η μη κατατασσόμενη σε μια από τις παραπάνω κατηγορίες.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑΣ.

α) Απλή σχιζοφρένια: Εκδηλώνεται με μείωση των ενδιαφερόντων, απάθεια, πτώση συναίσθηματος, υποβουλησία, αντικοινωνική συμπεριφορά.

β) Ηβηφρενική: Αρχίζει στη νεαρή ηλικία και εκδηλώνεται στην αρχή με καταθλιπτικό συναίσθημα, δυσκολία στη συγκέντρωση, ύποχονδριακά ενοχλήματα τα οποία σιγά-σιγά με την πάροδο του χρόνου καταλήγουν σε απόδιοργάνωση της προσωπικότητας. Μπορεί ακόμα να υπάρχουν και παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις.



Σκίτσο που έγινε από έναν νέο 20 ετών που πάσχει από ηβιφρενική σχιζοφρένια. Η σχιζοειδής προσωπικότητα μπορεί να θεωρηθεί σαν μια υποβάσκουσα ή δυναμική ψυχοπαθητική κατάσταση, από την οποία διαμέσου των ενδιάμεσων σταδίων της απλής σχιζοειδία και της σχιζοπάθειας φθάνει στην σχιζοφρένια που εκδηλώνονται με τα τυπικά της συμπτώματα εξελικτικού χαρακτήρα.

Αυτή η μορφή έχει τη χειρότερη πρόγνωση.

γ) Κατατονική μορφή: Είναι δύο τύποι:

- 1) διεγερτικός, όπου το άτομο βρίσκεται σε μεγάλη ψυχοκινητική διέγερση και μπορεί να κάνει διάφορες πράξεις βίας (αυτοκτονία ή επιθετικότητα).
- 2) ανεσταλμένος τύπος, όπου το άτομο μένει ακίνητο αρνείται τροφή και επικοινωνία με το περιβάλλον. Η μορφή αυτή έχει την καλύτερη πρόγνωση.

δ) Παρανοειδής σχιζοφρένια: Εμφανίζεται κάπως αργότερα, δηλαδή μετά τα 30 και δεν αποδιοργανώνεται η προσωπικότητα σε μεγάλο βαθμό. Χαρακτηρίζεται κυρίως από παραληρητικές ιδέες (μεγαλείου, διώξεως κ.λ.π. Ψευδαισθήσεις ακουστικού τύπου και περιορισμένη κοινωνικότητα.

Άλλες μορφές είναι:

- α) Οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο που είναι η πιο σημαντικότερη μορφή.
- β) Μεθοριακό σύνδρομο.
- γ) Σχιζοσυναισθηματική ψύχωση.
- δ) Χρόνια αδιαφοροποίητη σχιζοφρένια.



Παραλήρημα παρανοειδούς
σχιζοφρένειας.

Π Ρ Ο Γ Ν Ω Σ Η

Με τα δεδομένα που υπάρχουν σήμερα, δεν μας επιτρέπεται να προβλέψουμε με ασφάλεια την πορεία και την έκβαση μεμονομένων περιπτώσεων. Οι προβλέψεις μας έχουν πιθανολογική μόνο αξία και στηρίζονται στην εκτίμηση πολλών παραγόντων, που αναμεσά τους οι κυριώτεροι είναι:

1. Τ ο Φ ύ λ ο: Δεν φαίνεται να παίζει ουσιαστικό ρόλο στη φυσική πορεία της αρρώστιας, όμως για λόγους συνδεόμενους με τη θέση της γυναίκας στις παραγωγικές διαδικασίες της κοινωνίας είναι πιο εύκολη η κοινωνική επανένταξη στις γυναίκες παρά στους άνδρες.
2. Η Η λ ι κ ί α: Η γενική αντίληψη ότι όσο πιο νωρίς εμφανισθούν τα συμπτώματα της νόσου τόσο πιο δυσμενής είναι η πρόγνωση ισχύει αναφορικά με το βάθος της αποδιοργανώσεως της προσωπικότητας όχι όμως και με την αντοχή των συμπτωμάτων στον χρόνο και στην θεραπεία. Ένας μεσήλικας σχιζοφρενής έχει πολύ λιγότερες πιθανότητες από έναν έφηβο να παρουσιάσει βαθειές και μόνιμες βλάβες της προσωπικότητας, αλλά λιγότερες πιθανότητες να απαλλαγεί απ' τα "παραγωγικά" συμπτώματα της νόσου (παραληρητικές ιδέες π.χ).
3. Τ ο ν ο η τ ι κ ό π η λ ί κ ο: Αναφέρετε πως όσο πιο υψηλός είναι ο δείκτης νοημοσύνης τόσο πιο καλή είναι η πρόγνωση.
4. Ο σ ω μ α τ ό τ υ π ο ς: Σε μερικές παλιές μελέτες αναφέρεται πως ο πυκνικός τύπος έχει μεγαλύτερη και καλύτερη πρόγνωση από τον λεπτόσωμο τύπο. Άλλες μελέτες όμως αμφισβητούν αυτή τη σχέση.
5. Τ ο ο ι κ ο γ ε ν ε ι α κ ό ι σ τ ο ρ ι κ ό: Υποστηρίζεται πως η παρουσία και άλλων μελών στην οικογένεια με σχιζοφρενική

νόσο επιβαρύνει την πρόγνωση. Αντίθετα αποτελεί ευνοϊκό παράγοντα η παρουσία μελών με συναισθηματικές ψυχώσεις η γενικά οικογενειακό ιστορικό "κυκλοθυμίας".

6. Η π ρ ο σ ω π ι κ ό τ η τ α: Είναι γενικά παραδεκτό πως η ανάπτυξη της νόσου πάνω σε σχιζοειδική προσωπικότητα αποτελεί δυσμενέστατο προγνωστικό παράγοντα. Αντίθετα, μια ομαλή καλά οργανωμένη και προσαρμοσμένη προσορηνή προσωπικότητα αποτελεί ευνοϊκότερο προγνωστικό παράγοντα. Η κυκλοθυμική προσωπικότητα, όπως και η χαρακτηριζόμενη από συναισθηματική αστάθεια τοποθετούνται από άποψη προγνωστική ανάμεσα στους δύο αυτούς πόλους.

7. Ο τ ρ ό π ο ς ε ν ά ρ ξ ε ω ς: Είναι γενικά παραδεκτό πως όσο πιο απότομα εισβάλλει η ψύχωση, όσο πιο εξαρτημένη από εξωτερικούς εκλυτικούς παράγοντες είναι και όσο περισσότερα στοιχεία συναισθηματικής διαταραχής περιέχει (άγχος, κατάθλιψη) τόσο πιο ευνοϊκή είναι η πρόγνωση. Αντίθετα δυσμενή πρόγνωση προαναγγέλει η βραδεία ύπουλη προοδευτική εγκατάσταση με συμπτώματα που αποτελούν επίταση των προηγούμενων σταθερών στοιχείων μίας σχιζοειδικής προσωπικότητας.

8. Η κ λ ι ν ι κ ή μ ο ρ φ ή: Άριστη πρόγνωση έχει το "οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο". Από τις κλασσικές μορφές την καλύτερη πρόγνωση εξακολουθεί να έχει η κατατονική μορφή όταν μάλιστα χαρακτηρίζεται -όπως συμβαίνει συνήθως - από αιφνίδια εγκατάσταση και εξέλιξη κατά κρίσεις. Με τις σύγχρονες θεραπευτικές δυνατότητες η παρανοειδής μορφή τείνει να εξισωθεί, από πλευρά πρόγνωσης, με την κατατονική, ειδικά μάλιστα όταν εισβάλλει αιφνίδια και εξελίσσεται κατά επεισόδια. Δυσμενή πρόγνωση έχουν η ηβηφρενική και η απλή, κυρίως η δεύτερη,

που πολύ λίγο φαίνεται να επηρεάζεται από τα σύγχρονα θεραπευτικά μέσα. Από τις συμπληρωματικές μορφές καλύτερη πρόγνωση έχει η ψευδονευρωτική (μόνο 60% νοσηλεύονται και οι υπόλοιποι 40% μόνο κατά διαστήματα) καθώς και η σχιζοσυναισθηματική.

9. Τα συμπτώματα: Δείκτη σχετικά καλής πρόγνωσης αποτελούν τα ακόλουθα συμπτώματα:

Συγχυσιόμορφη κατάσταση ή έντονη αμηχανία, παρουσία άγχους, καταθληπτικό συναίσθημα, συναισθηματική ευαισθησία, οξύ παραλήρημα (ιδιαίτερα το θρησκευτικό-κοσμογονικό), αϋπνία.

Δείκτη κακής προγνώσεως αποτελούν τα ακόλουθα συμπτώματα:

Πτώση του συναισθήματος, δυσαρμονία (απροσφορότητα) συναισθηματική, αρνητισμός, επίμονες ψευδαισθήσεις, παλινδρόμηση, διαταραχές στη δομή και οργάνωση της σκέψης, συστηματικό παραλήρημα, αυτισμός-απόσυρση, υποβουλησία, εγώκεντρικότητα, παραμέληση εαυτού, έλλειψη ευαισθησίας.

10. Η προηγούμενη σεξουαλική ζωή:

Ομαλές ετερόφυλες σχέσεις αποτελούν θετικό προγνωστικό σημείο. Αντίθετα χαοτική σεξουαλική ζωή (διαστροφές κ.λ.π) καθώς και υποκατάσταση της σεξουαλικής εμπειρίας με σεξουαλικές φαντασιώσεις αποτελούν αρνητικό προγνωστικό παράγοντα.

11. Ο Γαμος - Οικογένεια: Οι παντρεμένοι και

γενικά αυτοί που ήδη έχουν δημιουργήσει δική τους οικογένεια

έχουν σχετικά καλή πρόγνωση. Σ' αυτόν τον παράγοντα δόθηκε

σημασία, αλλά όπως δείχνουν πρόσφατες μελέτες αν γίνουν οι

αναγκαίες διορθώσεις σχετικά με την ηλικία και ληφθεί υπ'

όψη και η προηγούμενη προσωπικότητα χάνει την αυτόνομη προγνωστική του αξία.

12. Η μόρφωση: Δεν φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο.



Η παρουσία άγχους και το καταθλιπτικό συναίσθημα είναι συχνή αιτία για την έναρξη του μανιώδους καπνίσματος.

13. Η κοινωνική προέλευση. Τα αποτελέσματα είναι ασαφή. Πάντως εξασφαλίζεται καλύτερη κοινωνική προσαρμογή και μακρότερος χρόνος εξωιδρυματικής ζωής όταν το άτομο προέρχεται από τις μέσες και τις ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις.

14. Η πατρική οικογένεια: Αν δεν υπάρχει πατρική οικογένεια για να δεκτεί τον άρρωστο η πρόγνωση είναι κατά κοινή παραδοχή δυσμενής.

15. Ο περιβαλλοντικοί παράγοντες: Δυσμενής ρόλο στην πορεία και την έκβαση της νόσου ασκούν οι ακόλουθοι παράγοντες:

Μη συνεκτική πατρική οικογένεια, απορριπτική στάση από την οικογένεια, την κοινότητα και το προηγούμενο επαγγελματικό περιβάλλον του αρρώστου, άκαιρη ή υπερβολική υπερφόρτωση του αρρώστου με κοινωνικές ευθύνες, αρνητική στάση του κοινωνικού συνόλου (υποβιβασμός, παραγνώριση, στέρηση δικαιώματος εργασίας, επιφυλακτικότητα κ.λ.π).

16. Η κανονική θεραπεία: Σίγουρα ο παράγοντας αυτός είναι ο πιο αποφασιστικός απ' όλους όσους αναφέραμε.

Χωρίς την εξασφάλιση των όρων εκείνων (ψυχολογικών ή κοινωνικών) που θα επιτρέπουν την κανονική παροχή θεραπευτικής βοήθειας ο σχιζοφρενής εγκαταλείπει ουσιαστικά στη μοίρα που διαγράφει η φυσική πορεία της αρρώστειας του.

Για αυτό το λόγο το κύριο μέλημα κάθε γιατρού που συμμετέχει με αίσθημα ευθύνης στην προσπάθεια για την προληπτική και θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας πρέπει να' ναι η διαφώτιση με κάθε ενδιαφερόμενο πάνω στην ανάγκη εφαρμογής μιας καλά σχεδιασμένης φαρμακευτικής αγωγής. Η διαφώτιση αυτή είναι απαραίτητη για να περιορισθεί η ανεύθυνη συνθηματολο-

γία όλων εκείνων που είτε από άγνοια είτε από λόγους συνδεόμενους με τις προσωπικές τους ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες δημιουργούν κλίμα δυσπιστίας στην αξία και την σκοπιμότητα εφαρμογής των θεραπευτικών μας μέσων.

Είναι απαραίτητο να γνωρίζει ο κάθε γιατρός πως, ο άρρωστος που μένει χωρίς φάρμακα έχει τετραπλάσιες περίπου πιθανότητες, να επανεισαχθεί στο νοσοκομείο στον πρώτο χρόνο μετά την εξοδό του, από κείνον που ακολουθεί με συνέπεια την φαρμακευτική και υποστηρικτική του θεραπεία.

17. Ο χρόνος έναρξης της φαρμακευτικής θεραπείας. Είναι γενικά παραδεκτό πως όσο πιο γρήγορα μετά την έναρξη της νόσου αρχίσει μια συστηματική φαρμακευτική θεραπεία τόσο πιο ευνοϊκή είναι η εξέλιξη της αρρώστιας.

Γ Ε Ν Ι Κ Η Σ Υ Μ Π Ω Μ Α Τ Ο Λ Ι Α
Σ Χ Ι Ζ Ο Φ Ρ Ε Ν Ι Α Σ.

Τα συμπτώματα είναι αυτά για τα οποία παραπονείται ο άρρωστος. Είναι η δική του προσωπική αντίληψη και οι εμπειρίες του από την αρρώστια του, είναι αυτά που αναφέρει στο γιατρό του. Τα συμπτώματα του αρρώστου μπορούν να είναι εκδηλώσεις της αρρώστιας του και ταυτόχρονα μια ένδειξη της προσπάθειας που κάνει να αντιμετωπίζει αυτή την αρρώστια.

Α. Παθογνωμονικά Συμπτώματα.

1. Α υ τ ι σ μ ό ς: Ακραία εκδήλωση της σχιζοφρένειας, πρώιμο και ουσιώδες σύμπτωμα της νόσου, αποτελεί ο αυτισμός. Πρόκειται για συνεχή ενασχόληση του πάσχοντα με τον ίδιο τον εαυτό του και παράλληλα προοδευτική απόσυρση των ενδιαφερόντων του από τον εξωτερικό κόσμο. Συνήθως επέρχεται οριστική ρήξη των σχέσεων με την πραγματικότητα και παρατηρείται συχνά σε προχωρημένες μορφές της νόσου. Ο αυτισμός είναι συχνά η αφετηρία της κατατονικής εμβροντησίας, η οποία με τη σειρά της αποτελεί κλινικά τον έσχατο βαθμό του αυτισμού.

Συναφής με τον αυτισμό διαταραχή και θεμελιώδες σύμπτωμα της σχιζοφρένειας είναι το αυτιστικώς σκέπτεσθαι (αυτιστική σκέψη) το οποίο είναι ταυτόσημο με το εξωπραγματικώς σκέπτεσθαι (εξωπραγματική ή απραγματιστική σκέψη). Η αυτιστική σκέψη την οποία ο Bleuler θεωρείται "σαν αρχή και πηγή απ' την οποία απορρέουν όλα τα άλλα συμπτώματα της σχιζοφρένειας" κατευθύνει τους συνειρμούς του σχιζοφρενή. Ο κόσμος των σχιζοφρενικών είναι άγνωστος για τους άλλους και οι πάσχοντες από τη νόσο στο περιβάλλον τους σαν ανόητο και ακατανήτα σκεπτόμενοι.



Η εμφανής απασχόληση
της σκέψης και το
ύφος το σαστισμένο
είναι ένα άλλο χαρα-
κτηριστικό γνώρισμα
της ασθένειας.

2. Απροσφορότητα του συναισθήματος:

Η διαταραχή του συναισθήματος είναι πολύ χαρακτηριστική στη σχιζοφρενική ψύχωση. Λόγω του αυτισμού και της απόσχισης από το περιβάλλον, το συναίσθημα του σχιζοφρενικού δεν τροφοδοτείται φυσιολογικά, παύει δηλαδή να δονείται από τις εντυπώσεις που παρέχει η πραγματικότητα και το άτομο ζει δικό του συναισθηματικό βίο "παράξενο", ακατανόητο και απρόσιτο σε μας.

Η συναισθηματικότητα του δεν εμφανίζει τις φυσιολογικές διακυμάνσεις που χαρακτηρίζουν το φυσιολογικό άτομο (ψυχικά). Η απροσφορότητα του συναισθήματος αποτελεί κλινικά τη δυσαρμονία μεταξύ συναισθηματικής αντίδρασης και συγκινησιακού ερεθίσματος. Ο πάσχων γελά λ.χ πληροφορούμενος το θάνατο του πατέρα του.

Άλλοτε το συναίσθημα εμφανίζεται αμβλύ ενώ η λεγόμενη πτωχεία του συναισθήματος εμφανίζεται σε πολύ πρόχωρημένο βαθμό διαταραχής του συναισθήματος την συναισθηματική επιπέδωση. Σοβαρότερη μορφή συναισθηματικότητας αποτελεί η συναισθηματική απάθεια, η οποία καθιστά το πάσχων άτομο αδιάφορο, ξένο, "αδρανές" και απαθές για κάθε συναισθηματικό-συγκινησιακό ερέθισμα.

3. Αμφιθυμία:

Άλλο εξίσου βασικό σύμπτωμα της σχιζοφρενικής ψύχωσης αποτελεί, η διπαλική συναισθηματικότητα ή αμφιθυμία. Ο όρος χρησιμοποιήθηκε πρώτα από τον Bleuler ο οποίος και τη χώρισε σε: συναισθηματική (αμφυθυμία), βουλευτική (θαμφοκλησία) και σεμική. Κατ' αυτήν στην ψυχή του αρρώστου κυριαρχούν ταυτόχρονα αντίθετα και συγκρουόμενα συναισθήματα, και όπως είπε ο Freud: "αποτελούνται και αφορούν το αυτό πρόσωπον, την αυτήν κατάστασιν ή το αυτό αντικείμενον και κατά την αυτήν στιγμήν". Τα συναισθήματα αυτά μπορεί να αφορούν τα τρία επίπεδα του ψυχικού οργάνου: το συναισθηματικό (αμφιθυμία), την ψυχοκινητικότητα



Η αμφιθυμία, η αδιαφορία και η αβουλησία
φαίνονται καθαρά.

(αμφιβουλησία, αμφιπραξία) ή το νοητικό επίπεδο (αμφίνοια).

4. Χάλαση του συνειρμού: Παθογνωμονικό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας είναι και η χάλαση του συνειρμού. Εκδηλώνεται με χαλάρωση της σύνδεσης των ιδεών. Οι ασθενείς χρησιμοποιούν γενικότητες και αφηρημένες ή μεταφορικού περιεχομένου εκφράσεις με αποτέλεσμα να φαίνονται περίεργοι και συγκεχυμένοι.

Η γλώσσα του σχιζοφρενούς "προορίζεται για ιδιωτική χρήση" ακόμα και όταν αυτός καταβάλλει προσπάθεια να επικοινωνήσει με εμάς. Με την επιβάρυνση της νόσου, η σύνδεση των ιδεών γίνεται χαλαρότερη. Οι ιδέες θρυμματίζονται και με τον καιρό γίνονται ατελείς και ασύνδετες χωρίς λογική αλληλουχία, με αποτέλεσμα να φαίνονται οι ασθενείς αυτοί παράλογοι και ακατανόητοι.

5. Ψυχοδιανοητικός Αυτοματισμός:

Ουσιώδες σύμπτωμα της σχιζοφρένειας αποτελεί και ο ψυχοδιανοητικός αυτοματισμός. Είναι σύμπτωμα ή μάλλον συγκρότημα συμπτωμάτων τα οποία αφορούν τις λεπτές διαταραχές της σκέψης. Ο ψυχοδιανοητικός αυτοματισμός παρατηρείται σε όλους τους σχιζοφρενείς, ακόμα και σε άτομα υψηλής νοημοσύνης και μορφώσεως στους οποίους οι διαταραχές της σκέψης διαπιστώνονται ευκολότερα και αξιολογούνται καλύτερα.

Οι κυριότερες από τις διαταραχές της σκέψης που απαρτίζουν το σύνδρομο είναι οι ακόλουθες:

α) Ηχώ της σκέψης και οι ηχηρές σκέψεις.

Οι σκέψεις ακούγονται δυνατά, διπλασιάζονται και επαναλαμβάνονται πανομοιότυπες. Αυτό προκαλεί ανησυχία στον άρρωστο ο οποίος ενοχλείται γιατί οι σκέψεις του επαναλαμβάνονται ακόμα και πριν ο ίδιος σκεφθεί καν.

β) Σχολιασμός των πράξεων.

Ο ασθενής έχει την εντύπωση ότι οι πράξεις του, οι κινήσεις του, ακόμα και οι προθέσεις του, σχολιάζονται από άλλα άτομα, τα οποία καθορίζουν τη συμπεριφορά του με παρότρυνση ή διαταγή.

γ) Παρεμβολή ξένων σκέψεων.

Ο ασθενής νομίζει ότι παρεμβάλλονται ξένες σκέψεις μέσα στις δικές του, πράγμα το οποίο του προκαλεί έκπληξη και ανησυχία. Η πιθανότερη ερμηνεία είναι από ψυχοδυναμικής πλευράς, ότι πρόκειται περί σκέψεων καταδικασμένων από τη συνείδηση του αρρώστου, ο οποίος τις αποδοκιμάζει χρησιμοποιώντας το μηχανισμό του αλληλοψυχομεταβιβασμού σαν να έλεγε: "δεν είμαι εγώ αυτός που έχει τις σκέψεις αυτές, αλλά κάποιος άλλος".

δ) Αρπαγή της σκέψεως.

Ο άρρωστος πιστεύει ακράδαντα ότι ξένοι και άγνωστοι υποκλέπτουν τη σκέψη του ή ότι, αντίθετα, ο ίδιος έχει την ικανότητα να μαντεύει και να υποκλέπτει τις σκέψεις των άλλων.

ε) Σιωπηλή εκτύλιξη αναμνήσεων.

Η λεπτή αυτή διαταραχή της σκέψεως υπενθυμίζει το φαινόμενο της αναπολικής εμπιώςσεως κατά το οποίο στο πεδίο της συνείδησης του αρρώστου περνούν αδιάκοπα ασήμαντα γεγονότα, παραστάσεις και αναμνήσεις από το παρελθόν της ζωής του.

στ) Χειραφέτηση αφηρημένων σκέψεων.

Αφηρημένες σκέψεις που ανάγονται σαν ιδέες, ασύνδετες με κάτι το συγκεκριμένο, αποκτούν ευθύπαρκτη υπόσταση.

ζ) Ιδεόρροια.

Ανάλογη με την ιδεοφυγία των μανιακών η οποία είναι αποτέλε-

σμα ταχείας ιδεοπαραγωγής, είναι η ιδεόρροια. Ο άρρωστος έχει την εντύπωση ότι οι ιδέες του "τρέχουν", έχει όμως την ικανότητα τις προσέχει, να τις σχολιάζει ή ακόμα να τις ερμηνεύει.

η) Φρενισμός.

Είναι το φαινόμενο του μηρυκασμού των ιδεών, των σκέψεων, των εικόνων και των αναμνήσεων οι οποίες κατακλύζουν το πεδίο της συνείδησης, ιδιαίτερα κατά την προϋπνική περίοδο (υπναγωγική φάση) ή κατά την περίοδο της αφυπνίσεως (υπνοπομπική φάση).

θ) Ανακοπές της σκέψεως.

Είναι η απότομη και αιφνίδια διακοπή της σκέψης, η οποία δημιουργεί ένα είδος κενού στη ροή του συνειρμού (προφορικός λόγος). Συμβαίνει επίσης και κατά την ανάγνωση.

Β. Θεμελιώδη Συμπτώματα.

Θεμελιώδη συμπτώματα της σχιζοφρένειας αποτελούν η αλλοιοπροσωπία το αίσθημα παραδοξότητας ή αλλαγής του εξωτερικού κόσμου και των άλλων ανθρώπων, το αίσθημα απώλειας της ζωτικής ορμής, η κλινοφιλία, οι ψευδαισθήσεις, το παραλήρημα κ.λ.π. Η αλλοιοπροσωπία είναι αγχογόνο σύμπτωμα. Το άτομο έχει την εντύπωση της αλλαγής του ίδιου του εγώ. Πιστεύει ότι το πρόσωπο και η μορφή του άλλαξαν. Ανησυχώντας για την αλλαγή καταφεύγει στον καθρέπτη και παραμένει εκεί αρκετή ώρα, εξετάζοντας το ειδωλό του, σαν να αναζητά το ίδιο του το εγώ.

Άλλες φορές οι άρρωστοι ανησυχούν για την αλλαγή του φύλου ή την αλλαγή συγγενικών προσώπων τη θέση των οποίων πέρνουν άλλα που μοιάζουν με αυτά (σύνδρομο σωσία).

Γ. Δευτερεύουσα Συμπτώματα.

Εδώ ανήκουν οι διαταραχές του συναισθήματος, του χαρακτήρα και της συμπεριφοράς.

Η μείωση των φιλητικών συναισθημάτων προς την οικογένεια, τὰ συγγενικά πρόσωπα και τους φίλους είναι τυπική: οι άρρωστοι ποτέ ή σπάνια συμμετέχουν στις χαρές και τις λύπες της οικογένειας και όσες φορές τὸ κάνουν αυτό το εκδηλώνουν με τη χαρακτηριστική απροσφορότητα του συναισθήματος.

Οι σεξουαλικές εκτροπές, ο αυνανισμός, οι αιμοφυλικές τάσεις, εκδηλώσεις και πράξεις, η σεξουαλική αποχαλίνωση ή αντίθετα η σεξουαλική ασθένεια, ο σεξουαλικός απραγματισμός είναι τυπικά δευτερεύοντα συμπτώματα.

Η κλινοφιλία αν και παρατηρείται και σε άλλες ψυχικές νόσους είναι χαρακτηριστική της σχιζοφρένειας. Ο πάσχων παραμένει κάτω από τα κλινοσκεπάσματα για πολύ, κυρίως τις πρωϊνές ώρες.

Άλλοτε κοιμάται και άλλοτε επιδίδεται στις αχαλίνωτες φαντασιώσεις του.

Τα όνειρα κυρίως τα λεγόμενα τυπικά (επαναλαμβανόμενα), αποτελούν συνήθως την πρώτη και πρώιμη εκδήλωση σχιζοφρένειας που δίνει νόημα στα μετέπειτα συμπτώματά της γιατί εκφράζουν (τα όνειρα) αυτούσιο το περιεχόμενο του ασυνείδητου.

Όνειρα με σεξουαλικό-αιμομικτικό περιεχόμενο, δείχνουν συνήθως έντονο άγχος, υπό το κράτος του οποίου το άτομο εκδηλώνει τα πρώτα συμπτώματα της νόσου.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.

Σαν κλινικά χαρακτηριστικά ορίζουμε τις ανωμαλίες και διαταραχές που ο ειδικευόμενος παρατηρητής αντιλαμβάνεται και λαμβάνονται υπ' όψη μαζί με τα συμπτώματα για να βγει η διάγνωση. Η σχιζοφρένια σαν νοητική διαταραχή επιδρά στη σκέψη, στην ομιλία, στη συνείδηση στο συναίσθημα και στα ένστικτα.

Διαταραχές ομιλίας: Η ομιλία μπορεί να παρουσιάζει έντονα διαταραχές, ανεξάρτητα από τα περιεχόμενα· ανάμεσα στις πιο συχνές είναι οι διαταραχές της δομής του λόγου και της οργάνωσής του. παρατηρούνται σημαντικές αλλοιώσεις της συντακτικής και γραμματικής δομής, σχηματίζοντας εκείνες που ονομάζονται πλάγιες φράσεις.

Οι διαταραχές αυτών των λειτουργιών αντανακλούν και στο στύλ της ομιλίας και της γραφής (στερεότυπα, ιδιοτροπία)

Συχνοί είναι οι νεολογισμοί και οι έννοιες που αλλάζουν (μείξη λεξεων) μέχρι τη σχιζοφασία (ομιλία τελείως ακατανόητη).

Διαταραχές της σκέψης: Οι πιο αξιόλογες διαταραχές της σκέψης αντιπροσωπεύονται από τις λεγόμενες ανακοπές της σκέψης, όπου πραγματοποιείται ένα σταμάτημα της σκέψης του ασθενή που δεν είναι πλέον σε βαθμό να συνεχίσει τη συζύτηση. Οι σκέψεις δεν είναι πια ευθείες της λογικής και παρουσιάζουν παραληρητικές και παραισθητικές εμπειρίες. Στην αρχή της πάθησης η γενική έννοια της πραγματικότητας διαφοροποιείται και υπάρχει αγωνμία. Ο ασθενής δεν είναι σε βαθμό να πει για τι πρόκειται, αλλά αισθάνεται ότι όλα για αυτόν παίρνουν διαφορετικές έννοιες.

Σε μια δεύτερη φάση το άτομο "καταλαβαίνει", έχει μια αποκάλυψη όλα αυτά που τον περιβάλλουν ξεκαθαρίζονται σε μια παραληρητική ερμηνεία.

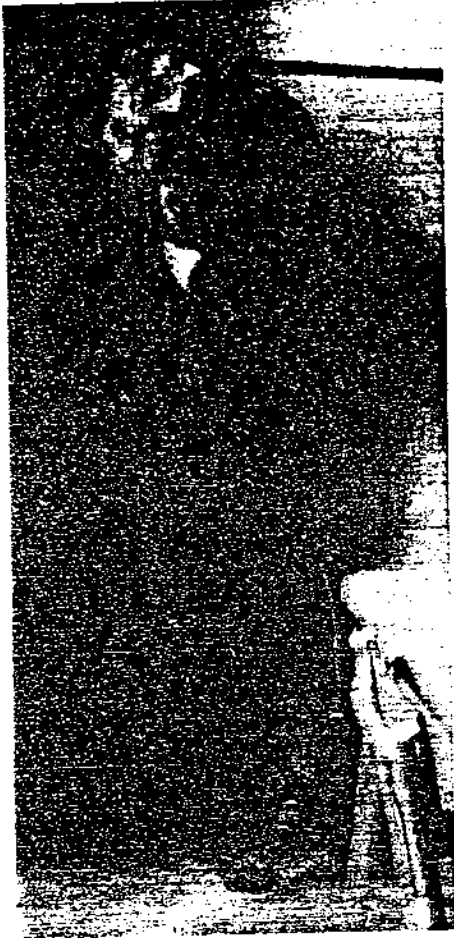
Πραγματοποιούνται, επομένως, εμπειρίες συντέλειας του κόσμου που αντανakλώνται σε μια αγωνιώδη συμπεριφορά, από την οποία μπορεί να γεννηθούν παραληρήματα καταδιωκτικού τύπου.

Διαταραχές της συνείδησης: Είναι στενά δεμένες με τις διαταραχές της σκέψης. Συγκεκριμενοποιούνται σε εμπειρίες της αποπρωποίησης και της "απαπραγματοποίησης" η πραγματικότητα αλλοιώνεται και το "εγώ" του ατόμου γίνεται ξένο.

Διαταραχές της συναισθηματικότητας: Οι διαταραχές της συναισθηματικότητας αντιπροσωπεύονται από την αμφιθυμία, από τη μη κατανόηση ορισμένων συναισθηματικών ταραχών και από το βαθμιαίο σβήσιμο της συναισθηματικής ζωής, που, με την εξέλιξη της πάθησης, αναπτύσσεται μέχρι να καταλήξει στην συναισθηματική άνοια.

Διαταραχές των ενστίκτων: Μεταξύ των διαταραχών των ενστίκτων, θυμίζουμε τις σχετικές με το σεξουαλικό ένστικτο, το ένστικτο της θρέψης και της επιβίωσης. Οι διαταραχές του σεξουαλικού ενστίκτου συχνά παρουσιάζονται στην αρχή της πάθησης, εκδηλούμενες με βαθιές διαστροφές ή τάσεις αιμομειξίας, φρενητικού και μαζοχισμού.

Αρκετές τυπικές και συχνές είναι οι εμπειρίες ομοφυλοφιλικού πανικού, αγωνιώδη φόβου αποκάλυψη ή φόβου να γίνει ομοφυλόφιλος.



Το καταθλιπτικόμορφο
συναίσθημα, η απραξία
και γέλια που δεν σχετί-
ζονται, είναι ένα σημαν-
τικό σύμπτωμα της πάθησης.

Οι διαταραχές του ενστίκτου τροφής μπορεί να αρχίζουν από την κοπροφαγία (τάση να τρώνε περιτώματα), μέχρι τη σιτοφοβία (άρνηση τροφής).

Τέλος οι διαταραχές του ενστίκτου επιβίωσης χαρακτηρίζονται από την απώλεια των ενστίκτων προστασίας του εγώ.

Κλινική εικόνα απλής Σχιζοφρένειας.

Η αρρώστια αρχίζει πολύ νωρίς και εξελίσσεται με βραδύ ρυθμό. Από τα πρώτα συμπτώματα είναι η βαθμιαία πτώση της σχολικής επιδόσεως, ο περιορισμός των σχέσεων, η μείωση των φιλητικών συναισθημάτων ιδιαίτερα προς τους γονείς, η τάση για ονειροπόληση, η μείωση της πρωτοβουλίας, η αδικαιολόγητη τεμπελιά (ανεργία) η κλινοφιλία, η πτώση της ορμής για τη ζωή (ανορμία ή ανορμητισμός), η εξάλειψη του αυθορμητισμού, η υποβουλησία και η μείωση των αναστολών. η τελευταία αυτή διαταραχή εκδηλώνεται με απρεπή συμπεριφορά στο σπίτι ή στο σχολείο, με αναίτιες εκδηλώσεις βίας με ατημέλητη εμφάνιση, με τάση για βωμολογία, με επιδεικτικό αυνανισμό ή ακόμα με συμμετοχή σε αντικοινωνικές πράξεις που συνεπάγονται ποινικές κυρώσεις. Χαρακτηριστικό και κοινό γνώρισμα όλων των περιπτώσεων είναι ότι λείπει η επίγνωση του νοσηρού καθώς και τα λεγόμενα θετικά ή παραγωγικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας (παραλήρημα, ψευδαισθήσεις, κατατονικές εκδηλώσεις). Ο ίδιος ο άρρωστος ενδεχομένως να αιτιάται, άτονα όμως και χωρίς ανησυχία για ακαθόριστα υποχονδριακά ενοχλήματα. Κατά τα άλλα δεν ανησυχεί για τη συμπεριφορά του και τις συνέπειές της ούτε αισθάνεται ποτέ την ανάγκη να συμβουλευθεί ειδικό γιατρό. Με την προοδευτική εκπτώση της συναισθηματικής του απαντιτικότητας αναδιπλώνεται περισσότερο στον εαυτό του αποσύρει και τις τελευταίες επενδύσεις του από την κοινωνική ζωή και περιορίζει τη δραστηριότητά του στην ικανοποίηση των ζωτικών βιολογικών του αναγκών. Άλλοτε αντί για την απόσυρση και μετά από μία μεταβατική φάση (που μπορεί να κρατήσει όλη τη ζωή) που αλλάζει διαρκώς επάγγελμα, το ένα κατώτερο από το

άλλο καταλήγει στην αλητεία, στους οίκους ανοχής ή στις φυλακές για αντικοινωνική συμπεριφορά.

Κ λ ι ν ι κ ή ε ι κ ό ν α

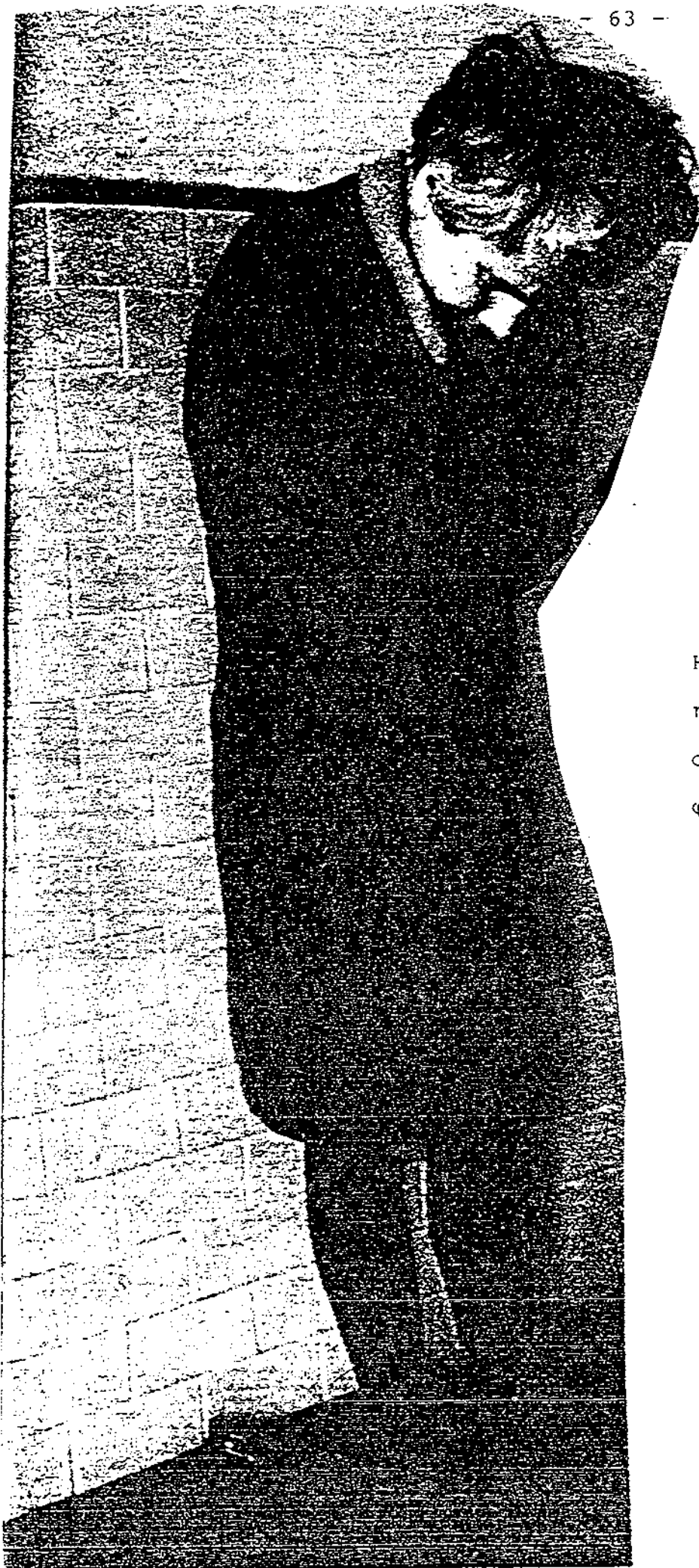
Η β ο φ ρ ε ν ι κ ή ς .

Ο χαρακτηρισμός αυτής της μορφής ως ηβοφρενικής υποδηλώνει την πρόωμη έναρξή της στην εφηβική ηλικία. Τα έκδηλα συμπτώματα πρωτοπαρουσιάζονται ανάμεσα στο 13ο και 22ο χρόνο της ζωής.

Η αρρώστια εισβάλλει βαθμιαία, με ποικίλα αρχικά συμπτώματα, με δεσπόζοντα εκείνα που προέρχονται απ' τη διαταραχή της σκέψης. Πρώιμο σύμπτωμα είναι η προοδευτική δυσχέρεια στη συγκέντρωση της σκέψης και η μείωση της αφομοιωτικής ικανότητας τόσο του γραπτού όσο και του προφορικού λόγου. Οι διαταραχές αυτές στη λειτουργία της σκέψης δημιουργούν πολλές φορές αίσθημα δυσφορίας που παίρνει τη μορφή ποικίλου τύπου υποχονδριακών ενοχλημάτων. Άλλη πηγή στην οποία αποδίδονται τα αρχικά αυτά συμπτώματα είναι οι "αποτυχημένοι έρωτες". Πρόκειται για τους χαρακτηριστικούς εξωπραγματικούς έρωτες των ηβοφρενικών.

Οι διαταραχές του συναισθήματος και ιδιαίτερα η κατάθλιψη δεν είναι σπάνιες στα αρχικά στάδια. Πολλές φορές μάλιστα το καταθλιπτικό συναίσθημα τροφοδοτεί και καταθλιπτικό ιδεασμό (ευχές θανάτου, ιδέες υποτιμήσεως). Το αντίθετο συναίσθημα, το σχιζοφρενικό, εμφανίζεται επίσης στο προσκήνιο και όταν εναλλάσσεται γρήγορα και άνευ λόγου με το καταθλιπτικό, επιτείνει το αίσθημα αμηχανίας στο οικογενειακό περιβάλλον.

Ένας άλλος τρόπος με τον οποίο μεταφριέζει η νόσος στην παρουσία της στο αρχικά στάδια είναι η τροπή του αρρώστου σε ενδιαφέ-



Η μείωση των ενδιαφερόντων,
η κατάθλιψη και η απομόνωση
στον εαυτό του είναι ολο-
φάνερα.

ροντα που δεν σχετίζονται άμεσα με τις κοινωνικές του υποχρεώσεις· έτσι το παιδί που δεν αποδίδει στα μαθήματά του, επιδίδεται στη μελέτη της φιλοσοφίας, ψυχολογίας κ.λ.π. Πρώϊμα κάνουν την εμφανισή τους και διαταραχές του τύπου της αποπροσωποποίησης και αποπραγματοποίησης. Τα χαρακτηριστικό σημείο του καθρέφτη, (ο άρρωστος για ώρες πολλές φορές, διερευνά μπροστά στον καθρέφτη το σωματικό του εγώ) βρίσκεται στα πλαίσια αυτών των διαταραχών.

Με την πρόοδο της ψυχωσικής διαταραχής διευρύνεται ο κύκλος των συμπτωμάτων. Οι διαταραχές στη δομή και την οργάνωση της σκέψης παίρνουν διαρκώς και μεγαλύτερες διαστάσεις. Η φαντασία υποκαθιστά την πραγματικότητα και ο άρρωστος ζει σε "δικούς του" κόσμους. Αιφνίδια και ανεπίκαιρα γελάνια ή ηχηροί παρατεταμένοι γέλωτες χωρίς εμφανή σύνδεση με εξωτερικά ερεθίσματα, διακόπτουν κατά διαστήματα τη "σιωπηλή απομόνωση" και δημιουργούν το "δέος" της παρουσίας της τρέλας στο περιβάλλον.

Το συναίσθημα περνάει όλες τις κλίμακες των ποικίλων διαταραχών του (δυσαρμονία, αστάθεια, αμφιθυμία κ.λ.π) που εκπνέσει στο επίπεδο της τέλει απάθειας και αδιαφορίας. Ο βαθμός και ο ρυθμός πτώσεως του συναίσθηματος μετράει και τη γενικώτερη έκπτωση της προσωπικότητας και καθορίζει ως ένα βαθμό την πορεία της αρρώστιας.

Η συμπεριφορά της ηβηφρενικού πριν ακόμα συντονισθεί με τον έντονο αυτισμό είναι περίεργη και παιδικόμορφη: Επιτηδεύσεις στις κινήσεις (τσαλιμάκια) και στο λόγο, μορφασμοί, άκαιροι γέλια, ανόητη αστειολογία και μωρολογία. Όσο αυξάνεται ο αυτισμός και όσο πέφτει το συναίσθημα τόσο η συμπεριφορά του ξεφτίζει σε αποσπασματικές, απρόσφορες και χωρίς στόχο εκδηλώσεις. Οι

αναστολές του ιδιαίτερα στο σέξ, προοδευτικά περιορίζονται. Αυνανίζεται χωρίς ντροπή μπροστά σε άλλους. Βωμολοχεί. Η παθητική πολυμιξία των κοριτσιών είναι χαρακτηριστική εκδήλωση της βαρειάς ηβηφρενικής διαταραχής. Οι κοπέλες αυτές "πλαγιάζουν στην κυριολεξία με τον οποιονδήποτε και οπουδήποτε, τις περισσότερες φορές χωρίς καμία οργασμική απόκριση. Το σημαντικότερο όμως χαρακτηριστικό που αποκαλύπτει το βάθος της διαταραχής είναι οι συχνές σεξουαλικές επιθέσεις σε συγγενικά πρόσωπα. με την κατάργηση του ταμπού της αιμομιξίας ο ηβηφρενικός καθιερώνεται πλέον σαν "τρελός" και από το πιο ανεκτικό οικογενειακό περιβάλλον.

Οι παραληρητικές ιδέες εμπλουτίζουν συχνά την κλινική εικόνα της ηβηφρένιας. Όμως είναι επιπόλαιες και φευγαλέες, σπάνια συγκροτούμενες σε σταθερό, οργανωμένο παραλήρημα. Κινούνται ως δορυφόρα στοιχεία γύρω από τις δομικές διαταραχές της σκέψης. Στα τελικά στάδια της νόσου καταργείται κάθε συναισθηματική δόνηση και συναλλακτική σχέση. Ο άρρωστος παραμελεί τον εαυτό του. Δεν ντύνεται, δεν πλένεται, φτάνει ακόμα στο σημείο να ουρεί και να αφοδεύει επάνω του και στις περιπτώσεις της έσχατης παλινδρόμησης να τρώει τα κόπρανά του.

Κ λ ι ν ι κ ή ε ι κ ό ν α

Κ α τ α τ ο ν ι κ ή ς.

Η κατατονική σχιζοφρένια καλύπτει ένα σχετικά ευρύ ηλικιακό φάσμα επεκτινόμενο σε σχέση με την ηβηφρένια στις μεγαλύτερες ηλικίες. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που πρωτοπαρουσιάζονται και μετά τα τριάντα. Η εγκατάσταση των συμπτωμάτων πραγματοποιείται μέσα σε σύντομο χρόνο και σε πολλές περιπτώ-

σεις σχεδόν αστραπιαία. Και σ' αυτές όμως τις "κεραυνοβόλες" περιπτώσεις προηγείται κάποιο στάδιο κινητικής ανησυχίας, εύρεθιστικότητας, ανυπομονησίας, με καταθλιπτικίμορφο συναίσθημα ή με τάση για απόσυρση.

Στη συμπτωματολογία κυριαρχούν τα κλινικά συμπτώματα της κατατονίας που συνδιάζονται όμως με διαταραχές από τις άλλες ψυχικές λειτουργίες. Συχνές είναι οι ψευδαισθήσεις.

Το κύριο σημειολογικό γνώρισμα της κατατονικής μορφής της σχιζοφρένειας είναι η **κατατονική εμβροντία** σία που ποικίλλει σε ένταση από άρρωστο σε άρρωστο αλλά και στον ίδιο τον άρρωστο μέσα στο χρόνο. Διακυμαίνεται από την παροδική και μερική μέχρι την πλήρη ανακοπή της κινητικότητας.

Ο άρρωστος πριν περιπέσει στην πλήρη, "νεκρή" εμβροντησία περιορίζει προοδευτικά την ψυχοκινητική του δραστηριότητα. Δεν μιλάει, δεν εκτελεί συνηθισμένες πράξεις όπως το ντύσιμο, η λήψη τροφής. Η μιμική του προσώπου δεν προδίνει συναισθηματική συμμετοχή σε ό,τι συμβαίνει γύρω του. Η ακαμψία και η υποκινητικότητα του δίνουν όψη παρκινσονικού σε κάπως προχωρημένο στάδιο της αρρώστιας του.

Στην πλήρη εμβροντησία ο άρρωστος κυριολεκτικά μιμείται τον νεκρό. Πρόκειται για μια εντυπωσιακή σικηνή εκδραματίσεως του θανάτου: Τίποτα δεν κινείται (εκτός από το διάφραγμα και του βολβού μερικές φορές). Σε τίποτα δεν αντιδρά. Ένα τέλειο άγαλμα. Πολλές φορές μια τέτοια κατάσταση όταν επέρχεται αιφνίδια δημιουργεί διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα με όλες εκείνες τις καταστάσεις που συνεπάγονται παρατεταμένη απώλεια της συνειδήσεως. Με τα θεραπευτικά μέσα που διαθέτουμε σήμερα η πλήρης κατατονική εμβροντησία, λύεται σε σύντομο χρονικό

διάστημα. Πάντως και χωρίς αυτά τα μέσα οι παλαιότεροι άρρωστοι συνήθιζαν να βγαίνουν από μόνοι τους από αυτή την κατάσταση άλλοτε σιγά-σιγά και άλλοτε αιφνιδαστικά σαν να είχε κάποιος γυρίσει το διακόπτη.

Το άλλο σκέλος της κατατονίας είναι τα διεγερτικά κατατονικά συμπτώματα που κορυφώνονται στην μείζονα κ α τ α τ ο ν ι κ ή δ ι ε γ ε ρ σ η.

Ο άρρωστος φθάνει στην κατατονική διεύερση άλλοτε σταδιακά ανεβαίνοντας σιγά σιγά την κλίμακα των μικροδιεγερτικών κατατονικών εκδηλώσεων (εναντίωση, στερεοτυπίες, αρνητισμός κ.λ.π) και άλλοτε αστραπιαία, σαν να γεννιέται η διεύερση από το κενό (θύελλα σε αίθριο πυρανό).

Η κατατονική διεύερση συνίσταται σε ανοργάνωτη και έξαλη κινητική δραστηριότητα που στρέφεται με άσκοπη καταστροφικότητα εναντίον προσώπου ή αντικειμένου που βρίσκεται στο περιβάλλον του αρρώστου. Ο άρρωστος δίνει την εντύπωση "ρομπότ" που καταστρέφει τα πάντα στον σχετικά περιορισμένο χώρο που απλώνει την επιθετική του δραστηριότητα. Πάνω στη διεγερτική κρίση ο άρρωστος μπορεί να διαπράξει φόνο ή αντίθετα να αυτοκτονήσει ο ίδιος, (αναίτιος αυτοκτονία). Ο κατατονικός δεν καταλήγει στην αυτοκτονία από απελπισία γιατί κυριαρχείται από την ανάγκη τερματισμού της ζωής.

Παραληρητικές ιδέες και έντονα ψευδαισθητικά βιώματα συνυπάρχουν ή προηγούνται και ενδεχομένως πυροδοτούν τις κατατονικές διεγέρσεις.

Κ λ ι ν ι κ ή ε ι κ ό ν α π α ρ α ν ο ε ι δ ο ύ ς σ χ ι ζ ο φ ρ έ ν ι α ς .

Τα αρχικά συμπτώματα της παρανοειδούς σχιζοφρένιας εκφράζουν την τάση του ατόμου για παραληρητική ερμηνεία της πραγματικότητας. Άλλοτε για μικρό διάστημα περιορίζονται σε μια όχι ιδιαίτερα εντυπωσιακή μεταβολή στην συμπεριφορά του ατόμου που χαρακτηρίζεται από παρερμηνευτική ετοιμότητα, καχυποψία, αυξημένη τάση για συσχετίσεις, συγκαλυπτόμενες ιδέες επιδράσεως και αναιτιολόγητη εριστικότητα. Άλλοτε έχουμε απ' την αρχή την θορυβώδη εγκατάσταση παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων που αμέσως γίνονται ο άξονας που γύρω του περιστρέφεται η ψυχική και κοινωνική δραστηριότητα του ατόμου.

Δύο είναι οι βασικοί παράγοντες που διαμορφώνουν την ιδιαίτερη συμπτωματολογία της παρανοειδούς σχιζοφρένιας στο κάθε άτομο. Ο ένας είναι ο τρόπος που εγκαθίσταται η ψύχωση (σταδιακή-αιφνίδια εγκατάσταση). Ο άλλος η προηγούμενη προσωπικότητα (σχιζοειδική - μη σχιζοειδική προσωπικότητα)

Α ρ χ ι κ ή σ υ μ π τ ω μ α τ ο λ ο γ ί α

1. Βραχεία, σταδιακή εγκατάσταση. Η σταδιακή εγκατάσταση της παρανοειδοθς ψυχώσεως δεν αξιολογείται τις περισσότερες φορές ως έναρξη μιας νοσηρής επεξεργασίας. Αυτό συμβαίνει κυρίως όταν αναπτύσσεται στο έδαφος μιας σχιζοειδικής προσωπικότητας. Τα αρχικά συμπτώματα, δεν εισπράττονται από το περιβάλλον παρά ως συμπεριφορές συναρτημένες με τον ήδη "δύσκολο" άκαμπτο ζηλόφθονο, και καχύποπτο χαρακτήρα. Όταν η ψύχωση αναπτύσσεται σε μη σχιζοειδική προσωπικότητα η εγκατάσταση των συμπτωμάτων όσο βραδεία και σταδιακή και αν είναι γίνεται αμέσως

αντικείμενο ανησυχίας από το περιβάλλον. Οι άρρώστοι αυτοί δεν έχουν τις ίδιες με τους προηγούμενους ευκαιρίες να εντάξουν την τάση για παραληρητική ερμηνεία της πραγματικότητας σε λογικοφανή πλαίσια.

2. Αιφνίδια εγκατάσταση. Σε άτομα με σχετικά ομαλή προηγούμενη προσαρμογή πραγματοποιείται αιφνίδια ή μέσα σε λίγο χρόνο μια σημαντική αλλαγή. Συνηθισμένα γεγονότα της καθημερινής ζωής, αποκτούν "αποκαλυπτικό" περιεχόμενο. Τα ακόλουθα αποσπάσματα από αφηγήσεις τριών αρρώστων αποτελούν χαρακτηριστικά παραδείγματα "Οι προβολείς του Λυκαβητού άναψαν απότομα την ώρα που σταμάτησαν να περνάνε τ' αυτοκίνητα απ' το δρόμο. Τη στιγμή αυτή ήξερα πως έρχεται η συντέλεια του κόσμου". Οι τρεις εικόνες ήταν τοποθετημένες τριγωνικά πάνω στο γραφείο. κατάλαβα αμέσως πως υπάρχει Ίψενικό τρίγωνο στο σπίτι μου". "Τη στιγμή που μου χάρισε ένα βιβλίο με κόκκινο εξώφυλλο κατάλαβα πως ήθελε να με παγιδεύει και να με εκθέσει σαν αριστερό. Τότε άνοιξαν τα μάτια μου και εξήγησα όλη τη συστηματική σκευωρία που άρχισε από τότε που μου 'κανε τον φίλο". Στην περίπτωση της οξείας εγκατάστασης ο άρρωστος μετά από θεραπευτική αγωγή (ηλεκτοσπασμοθεραπεία και φάρμακα) μπορεί νμα επανέλθει πλήρως στην προσορηνή του κατάσταση χωρίς να παρουσιάσει άλλο επεισόδιο. Σ' αυτή την περίπτωση δικαιολογείται ίσως ο όρος "οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο".

Ο λ ο κ λ ή ρ ω σ η κ α ι ε ξ έ λ ι ξ η σ υ μ π τ ω μ ά τ ω ν.

Στις περιπτώσεις προοδευτικής εγκαταστάσεως των συμπτωμάτων

νόσος ακολουθεί μια εξελικτική πορεία από την αρχή με μικρές μόνο κατά διαστήματα εξάρσεις των διαταραχών της σκέψης και της συμπεριφοράς. Τα βασικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τον παρανοειδή άρρωστο που έχει προσωρήσει πέρα από τα αρχικά στάδια της νόσου: το παραλήρημα, οι ψευδαισθήσεις και οι προοδευτικά αυξανόμενες διαταραχές της δομής της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς.

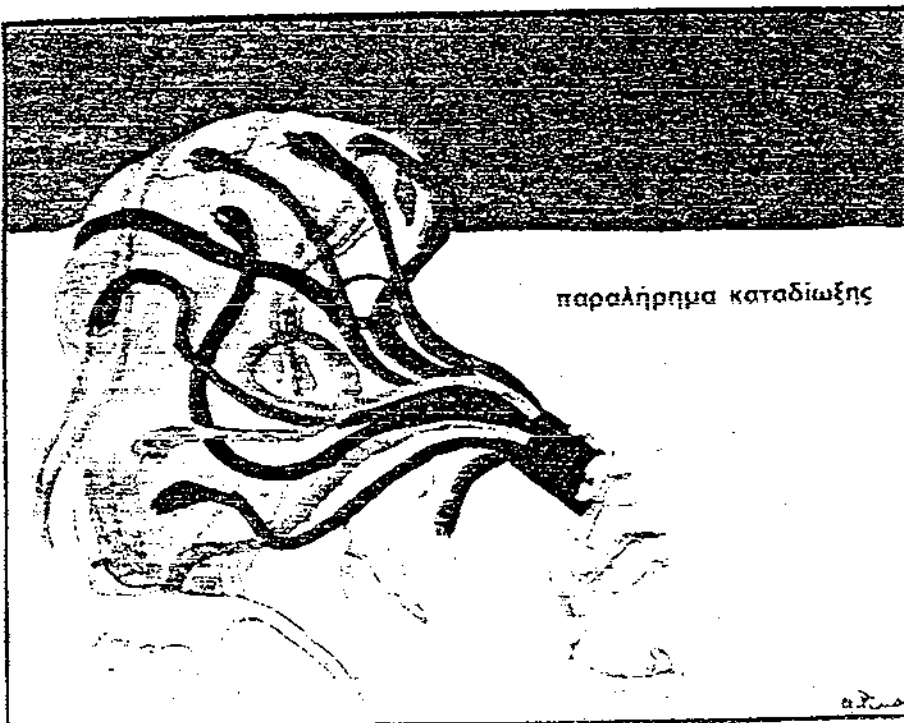
1. Το παραλήρημα του παρανοεικού είναι τις περισσότερες φορές ασαφές και ασυστηματοποίητο. Δεν διακρίνεται ούτε για τη σταθερότητά του ούτε για τη νοηματική του συνοχή. Με την πρόοδο της αρρώστιας χάνει την λογική ψευδολογική του υπόσταση και ξεφτίζει σε συνοθύλευμα παράλογων ασυναρτησιών. Το περιεχομένο του ποικίλλει από άτομο σε άτομο και στο ίδιο άτομο κατά την εξέλιξη της αρρώστιας. Μια έρευνα στην Αγγλία έδειξε πως το παραλήρημα των αρρώστων πριν από 100 χρόνια ήταν κυρίως θρησκευτικομαγικό ενώ σήμερα είναι κυρίως σεξουαλικό. Τα πιο συχνά παραληρήματα που παρατηρούνται σήμερα είναι: του μεγαλείου της επιβολής ή διώξεως, το ζηλοτυπικό, το ερωτομανιακό, το διεκδικητικό, το υποχοδνδριακό, το θρησκευτικό κ.λ.π

Το διωκτικό παραλήρημα είναι το πιο συχνό στον καιρό μας ίσως γιατί ευνοείται σημαντικά από τον ανταγωνιστικό χαρακτήρα της κοινωνικής μας δομής. Παράγωγά του είναι το παραλήρημα δηλητηριάσεως κατασκοπεύσεως, επιβολής διαποικιλών μέσω κ.λ.π

Το διεκδικητικό παραλήρημα, απαντάται συνήθως σε μορφωμένα άτομα, σχετικά υψηλής νοημοσύνης που η ψυχωσική εξεργασία δεν έχει υποσκάψει τα θεμέλια της προσωπικό-



Η απομόνωση και τα συναισθήματα καταδίωξης είναι συχνά συμπτώματα στους ασθενείς αυτούς.



τητάς τους. Έτσι τους παρέχεται η δυνατότητα να διατηρούν κοινωνικούς ρόλους και σχετικά καλή κοινωνική προσαρμογή σε τομείς που βρίσκονται έξω από τον ειδικό χώρο που κινούνται οι παραληρητικές τους ιδέες. Το παραλήρημά τους συμπίπτει με συνηθισμένες στην κοινωνική ζωή δυσάρεστες εμπειρίες από διάψευση κοινωνικών φιλοδοξιών.

Το σεξουαλικό περιεχομένου διωκτικό παραλήρημα. Η πιο συνηθισμένη μορφή που παίρνει στις μέρες μας το παραλήρημα αυτό είναι εκείνη που το άτομο κυριαρχείται από την ιδέα ότι οι άλλοι το θεωρούν ομοφυλόφιλο το σχολιάζουν και του συμπεριφέρονται ανάλογα. Έτσι αποφεύγουν την κοινωνική συναναστροφή, διστάζουν ακόμα και να περπατήσουν στο δρόμο. Σπανιότερα το παραλήρημα παίρνει τη μορφή που το άτομο κατέχεται από την παραληρητική ιδέα ότι οι άλλοι επενεργούν πάνω στη σκέψη του για να τον κάνουν ομοφυλόφιλο.

Το ζηλοτυπικό παραλήρημα: Είναι αρκετά συχνό (ευνοούμενο πιθανώς) από τις επικρατούσες κοινωνικοπολιτισμικές συνθήκες) και ένα από τα σοβαρότερα αίτια των συζυγοκτονιών.

Το ερωτομανιακό παραλήρημα. Εμφανίζεται ως ο αντίποδος του ζηλοτυπικού. Το άτομο κατέχεται από την παραληρητική αυταπάτη του "αγαπάσθαι" από άτομο που συνήθως βρίσκεται σε σαφώς ψηλότερο από το ίδιο μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο (η υπηρέτρια από τον "κύριο" κ.λ.π). Οι επιθυμίες δεν συγκεκριμενοποιούνται συνήθως σε επιδίωξη σεξουαλικών σχέσεων αλλά παραμένουν ασαφείς, τροφοδοτούμενες από ποικίλες

παρερμηνείες. Οι κατεχόμενοι από τέτοιου τύπου παραληρητικές ιδέες γίνονται αρκετά συχνά ενοχλητικοί προς το "ερωτευμένο" άτομο και στο τέλος επιθετικοί και επικίνδυνοι.

Το παραλήρημα μεγαλείου: Ο συχνά παρατηρούμενος συνδιασμός του με παραλήρημα διώξεως δικαιολογεί την άποψη ότι αποτελεί δευτερογενή παραληρητική επεξεργασία στο περιεχόμενό του διωκτικού παραληρήματος ("για να με καταδιώκων τόσοι πολλοί και τόσο σπουδαίοι να'μαι εγώ σπουδαίος"). Η ένταση του παραληρήματος μεγαλείου στην παρανοειδή σχιζοφρένια ποικίλλει απ' την απλή έκφραση ιδεών υπερτιμήσεως του εγώ μέχρι τις εκτός πάσης λογικής παραληρητικές ιδέες μετεμψύχωσης μεγάλων ανδρών της ιστορίας, θεϊκής αποστολής κ.λ.π

Το θρησκευτικό παραλήρημα έχει ποικίλο περιεχόμενο, (κηρυγματικό, προφητικό, "αποκαλυπτικό" κ.λ.π) και παρατηρείται συνήθως στις γυναίκες χαμηλού μορφωτικού και πολιτισμικού επιπέδου.

2. Άλλες διαταραχές: Οι ψευδαισθήσεις είναι κατά κανόνα ακουστικές και σχετίζονται πάντα με το περιεχόμενο του παραληρήματος (υβριστικές, καθοδηγητικές, αποτρεπτικές κ.λ.π). Πολλές φορές ο άρρωστος συνδιαλέγεται με τις φωνές, μεγαλόφωνα.

Οι διαταραχές στη δομή και στην οργάνωση της σκέψης, υπεισέρχονται κάπως όψιμα στην κωνική εικόνα. Ανακοπές της σκέψης, εμποδισμοί, νεολογισμοί, ασχετολογία επιφέρουν με την πρόοδο της αρρώστιας πλήρη διάσπαση της σκέψης και ασυναρτησία στο λόγο.

Το συναισθημα σχιζοφρενικοποιείται διαρκώς και περισσότερο στην εξελοτική πορεία της αρρώστιας. Χάνει

την πρόσφορη απαντιτικότητα στα εξωτερικά ερεθίσματα και σιγά-σιγά δεν συντονίζεται ούτε και με τα παραληρητικά και ψευδαισθητικά βιώματα. Ο άρρωστος γίνεται προοδευτικά αδιάφορος ώσπου να φτάσει στη συναισθηματική επιπέδωση.

Οι διαταραχές της συμπεριφοράς: αντανακλούν κατά κανόνα τις διαταραχές από τη σκέψη και το συναίσθημα. Όσο το συναίσθημα δονείται από τα παραληρητικά και ψευδαισθητικά βιώματα ο παρανοειδής συντονίζει μ' αυτά τη συμπεριφορά του. Όταν το συναίσθημα κατολισθήσει σε χαμηλά επίπεδα δονιτηκότητας η συμπεριφορά γίνεται διαρκώς και περισσότερο αυτιστική.

Ο Ξ Ύ Σ Χ Ι Ζ Ο Φ Ρ Ε Ν Ι Κ Ο

Ε Π Ε Ι Σ Ο Δ Ι Ο .

Πρίν μερικά χρόνια ήταν γνωστό με τον όρο "οξεία αδιαφοροποίητη σχιζοφρένια". Η διάγνωση της μορφής αυτής δεν εφαρμόζεται παρά σε σχιζοφρενικού τύπου διαταραχές που δεν περιγράφηκαν στις προηγούμενες. Διακρίνεται για την οξεία εγκατάσταση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων που συνοδεύονται συχνά από σύγχυση, αμηχανία, ιδέες συσχετήσεως, συναισθηματική αναταραχή, ονειροειδείς δίχαστικές εκδηλώσεις, διέγερση, κατάθλιψη ή φόβο.

Η οξεία εγκατάσταση διαφορίζει αυτή τη μορφή από την απλή σχιζοφρένια. Με τον καιρό οι άρρωστοι μπορεί να αναπτύξουν κλινική εικόνα που χαρακτηρίζει την κατατονική, την ηβηφρενική ή την παρανοειδή σχιζοφρενεία οπότε και η διάγνωση πρέπει να προσαρμοσθεί ανάλογα. Σε πολλές περιπτώσεις ο άρρωστος αποκαθίσταται στο φυσιολογικό μέσο σε εβδομάδες, αλλά μερικές φορές η αποργανωτική εξεργασία παίρνει εξελικτικό χαρακτήρα. Πολύ συχνά σημειώνονται υποτροπές.

Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η .

Είναι πολλές φορές δύσκολο έργο η διάγνωση της σχιζοφρένειας, ακόμα και για τον έμπειρο ψυχίατρο, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για τις πρώιμες, άτυπες και ολιγοσυμπτωματικές μορφές της νόσου. Κατ' αρχήν ο νέος ειδικός, πολύ δε περισσότερο ο πρακτικός γιατρός, θα πρέπει να έχει υπ' όψην του ότι ένα μόνο σύμπτωμα ή μεμονωμένα κάποια συμπτώματα π ο τ έ δεν είναι αρκετά για την εδραίωση οριστικής διάγνωσης.

Θα πρέπει συνεπώς να διασφαλισθεί η ποιστοποίηση ικανού αριθμού και ποικιλίας συμπτωμάτων και να εκτιμηθεί σωστά η προψυχωτική προσωπικότητα του αρρώστου για να θεωρηθεί η διάγνωση αξιόπιστη. Οι πληροφορίες από το άμεσο περιβάλλον του πάσχοντα, και η εφαρμογή των χρησιμοποιούμενων βοηθητικών ψυχολογικών προβλητικών διαδικασιών, κυρίως του κριτηρίου του Rorschach θα βοηθήσουν σημαντικά στην ολοκλήρωση της ψυχιατρικής προσέγγισης της περίπτωσης, όσες φορές η λεπτομερής ψυχιατρική διερεύνηση μόνη δεν αρκεί για να γίνει αυτό. Η σχιζοφρένια συνδέεται τόσο με οργανικές όσο και με λειτουργικές παθολογικές καταστάσεις.

Η προϊούσα γενική παράλυση θα αποκλεισθεί εύκολα από τη βάση του αναμνηστικού, τις κλινικές εξετάσεις και την ειδική παράκλι- νική έρευνα.

Η επιληψία ιδιαίτερα η ψυχοκινητική μορφή της και οι λυκοφωτικές επιληπτικές καταστάσεις συγχέονται συχνά με οξέα σχιζοφρενικά επεισόδια. Από τα τελευταία αυτά λείπει η χαρακτηριστική της επιληψίας απώλεια συνειδήσεως. Επιπλέον το ηλεκτροεγκεφα- λογράφημα επιλύει εύκολα το διαγνωστικό πρόβλημα μεταξύ επιλη- ψίας και σχιζοφρένειας.

Ορισμένοι όγκοι του εγκεφάλου, κυρίως οι όγκοι της προτεταπιαίας περιοχής, οι αρτηριοσκληρυντικές καταστάσεις, οι πρωτογενείς άνοιες (νόσος Pick και Alzheimer) και οι γεροντικές εγκεφαλοπάθειες, αποτελούν συχνά διαγνωστικά προβλήματα.

Η λεπτομερής νευρολογική εξέταση, η εγκεφαλογραφία και το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα διευκολύνουν την τελική διάγνωση.

Η ολιγοφρενία και η σχιζοφρένια εμφανίζουν συχνά κοινές ιδιομορφίες στη συμπεριφορά των αρρώστων, οι οποίες αποτελούν πολλές φορές εμπόδια στη διαφορική διάγνωση.

Οι ψευδαισθήσεις των ακουστικών και η ψυθοπλασία του συνδρόμου του Karsakoff θα πρέπει να διαχωρίζονται κλινικώς από τις ψευδαισθήσεις της σχιζοφρενικής ψύχωσης με τις οποίες μοιάζουν.

Η κατατονική σχιζοφρένια θα πρέπει να διαχωρισθεί από την οξεία συγκινησιακή εμβροντησία, την ακινητική επιληψία και το σπάνιο σύνδρομο το οποίο περιέγραψε ο Kraepelin με την ονομασία ακινητική αλαλία. Το σύνδρομο αυτό αποδίδεται σε βλάβη που βρίσκεται κοντά στην τρίτη κοιλία, χαρακτηρίζεται κλινικά από αλαλία με κατατονική-ακινητική στάση του αρρώστου και συνοδεύεται από ακατάσχετη επιφορά για ύπνο και από κάποια άλλα αντικειμενικά νευραλγικά συμπτώματα.

Η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση συγχέεται συχνά με την σχιζοσυναίσθηματική μορφή της σχιζοφρενίας, κυρίως σε ότι αφορά τις παραληρητικές ιδέες και τις διακυμάνσεις του νευροψυχικού τόνου (υπερτονία-υποτονία συναισθήματος) εκδηλώσεις οι οποίες παρατηρούνται στις διάφορες φάσεις της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης.

Από την παράνοια θα διαχωρισθεί διαγνωστικά η παρανοειδής μορφή της σχιζοφρενίας με βάση τρία κριτήρια: η παράνοια

εξελίσσεται κυρίως σε πολύ μεγαλύτερη ηλικία από τη σχιζοφρένια, δηλαδή σε ηλικία 30-50 ετών, το παραλήρημα σ' αυτή έχει συστηματικό χαρακτήρα και είναι επίμονο (αδιάσειστο) και σπάνια απολουθείται από άλλες μορφές σχιζοφρένειας στις οποίες παρατηρείται διανοητική έκπτωση.

Ορισμένοι κλινικοί τύποι της σχιζοφρένειας, κυρίως οι πρώιμες και άτυπες μορφές της συγχέονται συχνά με την υστερία και τις υστερικές καταστάσεις. Η υστερία και οι υστερικές προσβολές μοιάζουν μερικές φορές με ορισμένες διεγερτικές καταστάσεις και με κάποιες άτυπες μορφές της νόσου. Η εκτίμηση της προνοσηρής προσωπικότητας των πασχόντων θα βοηθήσει τελικά στη διάγνωση.

Ο ψυχίατρος θα πρέπει να είναι επιφυλακτικός σε ορισμένες περιπτώσεις βαρείας ιδεοψυχαναγκαστικής νευρώσεως, όπου οι αναστολές της προσωπικότητας της δραστηριότητας, οι τελετουργίες και η "περίεργος" συμπεριφορά των ψυχαναγκαστικών, δεν διαφέρουν ουσιαστικά από τις ιδιοτυπίες της συμπεριφοράς των σχιζοφρενικών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΚΑΙ
ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Υ Τ Ι Κ Η
Α Ν Τ Ι Μ Ε Τ Ω Π Ι Σ Η .

Η καλή μελέτη του αρρώστου, τα πρώτα θεραπευτικά μέτρα.

Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του σχιζοφρενικού αρρώστου χρειάζεται πριν από όλα σωστός σχεδιασμός της θεραπευτικής τακτικής, που προϋποθέτει:

εξονυχιστική μελέτη της προσωπικότητας, της οικογένειας, του κοινωνικού και πολιτιστικού περιβάλλοντος, της βιολογικής δομής και ευαισθησίας και γενικά όλων εκείνων των παραγόντων που συνθέτουν τη βιολογική υπόσταση, την ιστορία και τις τωρινές ανάγκες του αρρώστου. Η οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή που δεν απορρέει από την μελέτη αυτή του αρρώστου αλλά είναι προϊόν ιδεολογικών προκαταλήψεων και σχηματοποιημένων γενικεύσεων που ανάγουν την πολυπλοκότητα του προβλήματος σε συνταγογραφικούς κανόνες ή σε ανεύθυνη και ερασιτεχνική κατάχρηση της "συναισθηματικής επαφής" θα οδηγήσει σε αρνητικά αποτελέσματα. Η μελέτη όμως του αρρώστου δεν αποτελεί μόνο προϋπόθεση του θεραπευτικού σχεδίου, αποτελεί και στην αρχή του. Η θεραπεία αρχίζει με την ψυχιατρική συνέντευξη και τελειώνει με αυτήν. Μερικές γενικές παρατηρήσεις που μπορούν να αποβούν χρήσιμοι κανόνες πρακτικής θεραπευτικής είναι οι ακόλουθες:

Ποτέ δύο σχιζοφρενείς δεν απαντούν το ίδιο στους επεμβατικούς μας χειρισμούς. Άρα η θεραπεία είναι, και οφείλει να είναι, εξατομικευμένη.

Οι υποκειμενικές ανάγκες των σχιζοφρενών δεν συμπίπτουν πάντα με τις ανάγκες της θεραπευτικής δεοντολογίας. Δεν θα τις υιοθετήσουμε, ούτε θα τις παραγνωρίσουμε. Ο σχιζοφρενής είναι ένας

δύσκολος άρρωστος με μακρόχρονη αρρώστια. Η ανυπομονησία μας για άμεσο θεραπευτικό αποτέλεσμα εκφράζει τη δικιά μας χαμηλή αντοχή στη ματαίωση και δημιουργεί πρόσθετα προβλήματα.

Η συναισθηματική υπερδοτικότητα στον άρρωστο που εκφράζεται σε υπερδοτική συμπεριφορά ενισχύει πολλές φορές αντί να αποδυναμώνει τους παθολογικούς μηχανισμούς. Από την άλλη πλευρά η μηχανιστική και και ψυχρή προσέγγιση του αρρώστου μειώνει την απαντητικότητα του και ενισχύει τις αυτιστικές του τάσεις.

Ο σχιζοφρενής έχει την τάση να παρερμηνεύει και να συσχετίζει το παν. Ότι είναι πολύπλοκο, άκαιρο και ασυνήθιστο αποτελεί ερέθισμα που πυροδοτεί παραληρητικές αντιδράσεις.

Βιολογικές Θεραπείες.

Χάρη σε αυτές τις θεραπείες, και ιδιαίτερα χάρη στα αντιψυχικά ψυχοφάρμακα, άλλαξε η όψη του ψυχιατρικού σκηνικού και δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή και άλλου τύπου θεραπειών της σχιζοφρένειας που όμως όσο σημαντικές και αν είναι, δεν παύουν να είναι συμπληρωματικές.

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία και ινσουλινοθεραπεία.

Πρίν από τα αντιψυχωτικά ψυχοφάρμακα η ηλεκτροσπασμοθεραπεία και η ινσουλινοθεραπεία ήταν τα μοναδικά μέσα θεραπείας με τα στατιστικά δεδομένα υπερδιπλασιάστηκε το ποσοστόν των αποδρομών, υποδιπλασιάστηκαν οι υποτροπές και ο χρόνος παραμονής των σχιζοφρενικών στα ψυχιατρεία.

Τ ο η λ ε κ τ ρ ο σ ό κ : Η σημερινή του θέση στη θεραπευτική της σχιζοφρένειας δεν είναι ιδιαίτερα σημαντική και ο λόγος είναι μόνο γιατί τα ψυχοφάρμακα το αντικατέστησαν σε πολλές από τις

ενδείξεις του, αλλά και γιατί είναι σε μεγάλο βαθμό "κοινωνικά στιγματισμένο". Παρά ταύτα, με βάση τα κλινικά, και όχι τα κοινωνικά, κριτήρια εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό όπλο στη θεραπεία της σχιζοφρένειας με ιδιαίτερη αποτελεσματικότητα στις ακόλουθες περιπτώσεις.

Στην κατατονική μορφή και σε οποιαδήποτε άλλη μορφή στην οποία συμμετέχουν κατανοτικά συμπτώματα.

Στα οξεία σχιζοφρενικά επεισόδια ή σε κάθε άλλη κλινική εικόνα που χαρακτηρίζεται από την σχετικά οξεία εισβολή, την παρουσία ψευδοσυγχύσεως, και αυτόχθονου παραληρήματος.

Στις σχιζοσυναισθηματικές ψυχώσεις ή σε κάθε άλλη κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας που συνυπάρχουν έντονα συμπτώματα διαταραχής του συναισθήματος.

Σε διεργετικές καταστάσεις καθώς και σε καταστάσεις γενικά που κυριαρχούν τα θετικά (παραγωγικά) συμπτώματα (παραλήρημα, ψευδαισθήσεις). Περιορισμένη είναι η αποτελεσματικότητά του στις ηβηφρενικές και στις παρανοειδείς ψυχώσεις, εκτός αν υπάρχουν τα αναφερθέντα συμπτώματα. Σύμφωνα με πρόσφατες δημοσιεύσεις ο συνδιασμός του E.C.T και των ψυχοφαρμάκων συντελεί στην επιμήκυνση του μεταξύ των υποτροπών μεσοδιαστήματος στις παρανοειδείς σχιζοφρένιες με επεισοδιακές εξάρσεις.

Το ηλεκτροσόκ δεν φαίνεται να ασκεί καμία ευνοϊκή επίδραση στην απλή μορφή της σχιζοφρένειας και γενικά στις περιπτώσεις εκείνες που είναι έκδηλη η πτώση και η δυσαρμονία του συναισθήματος, η ανορμία, η υποβουλησία και οι βαρείες διαταραχές στη δομή και τον έλεγχο της σκέψης.

Ι ν σ ο ύ λ ι ν ο θ ε ρ α π ε ί α: Η εφαρμογή της θεραπείας αυτής έχει σήμερα θέση μόνο σε περιπτώσεις που η συστηματική

εφαρμογή όλων τωνιάλλων θεραπευτικών μέσως έχει αστοχήσει.

Δίνεται στους αρρώστους μικρή δόση ινσουλίνης, τόση ώστε να προκαλέσει μόνο λίγη ζαλάδα ή ιδρώτα. Ο ασθενής δεν χάνει τις αισθήσεις του και η θεραπεία τελειώνει με ένα ποτό πλούσιο σε γλυκόζη.

Η διεργασία αυτή αποθέτει στους ιστούς γλυκόζη, και έτσι ο άρρωστος κερδίζει βάρος και για πολλούς λόγους τόσο φυσιολογικούς όσο και ψυχολογικούς αισθάνεται καλύτερα και με αναπτερωμένο το ηθικό.

Τα. Ψυχοφάρμακα.

Αποτελούν το πρωτεύον και το βασικό θεραπευτικό μέσο της σχιζοφρένειας. Αν σήμερα νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά ιδρύματα κατά 40% λιγότεροι σχιζοφρενεείς παρά εδώ και 20 χρόνια, αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στα ψυχοφάρμακα.

Ποιά ψυχοφάρμακα χρησιμοποιούμε: Τα πρώτα αποτελεσματικά ψυχοφάρμακα για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας έκαναν την εμφάνισή τους στο θεραπευτικό προσκήνιο το 1952. Ήταν οι φαινοθειαζίνες και ειδικότερα η χλωροπροκαζίνη (Lagractil). Έκτοτε μια πληθώρα από νευραληπτικά φάρμακα με θεραπευτική αποτελεσματικότητα στη σχιζοφρένια κατέκλυσαν τον κόσμο.

Ανάμεσα στα πιο σημαντικά που αποτελούν και το βασικό μας οπλοστάσιο στον αγώνα κατά της σχιζοφρένειας συγκαταλέγονται οι φαινοθειαζίνες του τύπου της θειοριδοζίνης (Melleril) της τριφλουοπεραζίνης (Stelazine), της περφαιναζίνης, της οινανθικής και δεκανοϊκής φθοριοφαιναζίνης (μακράς δράσεως φαινοθειαζίνες όπως το Moditen και το Modecate), οι βουτυροφαινόνες (Aloperidin-pimozide) η κλοζαπίνη και τα παράγωγα του θειοξανθινιαίου. Το

γεγονός είναι ότι ο πυρετός φαρμακοπαραγωγής έπεσε μέσα στην πρώτη δεκαετία και ουσιαστικά τα τελευταία χρόνια η φαρμακοβιομηχανία δεν πρόσθεσε καμιά αξιόλογη έξω από παραλλαγές των παλαιών-χημική σύνθεση.

Πως δρουν τα ψυχοφάρμακα στη σχιζοφρένια: Σχετικά με τον τρόπο δράσεως των ουσιών αυτών στην σχιζοφρένια δεν έχουμε παρά μόνο αποσπασματικές πληροφορίες. Όλα τα "αντισχιζοφρενικά" φάρμακα προκαλούν πλήθος από βιοχημικές και άλλες βιολογικές μεταβολές και είναι δύσκολο να συσχετισθεί μία από αυτές με την αντιχυχωτική τους ενέργεια. Πάντως το βέβαιο είναι πως όλα σχεδόν τα φάρμακα ασκούν μια αντιαδρενεργική και βασικά αντιμτοπαμινεργική δράση αποκλείοντας τους ντοπαμινεργικούς υποδοχείς. Με βάση την υπόθεση ότι η σχιζοφρένια συνεέεται με την αναστολή των σεροτονινεργικών και με την εξ "απελευθερώσεως" υπερδαστηριότητα των αδρενεργικών και ντοπαμινεργικών μηχανισμών η ερευνητική προσπάθεια προσανατολίζεται στην ανακάλυψη ουσιών που είτε θα "αφυπνίζουν" τους σεροτονινεργικούς είτε αντίθετα θα "υπνωτίζουν" τους αδρενεργικούς και ντοπαμινεργικούς σχηματισμούς στον εγκέφαλο.

Ανεξάρτητα όμως από τη θεωρητική το πρόβλημα του τρόπου δράσεως των νευροληπτικών φαρμάκων έχει και την πρακτική του πλευρά. Συνδέεται με ένα καίριο ερώτημα που εξακολουθεί να μένει αναπάντητο. Ποιός είναι ο στόχος των ψυχοφαρμάκων; Η σχιζοφρένια (δηλαδή η βασική αρρώστια) οι διαταραγμένες ψυχικά λειτουργίες ή τα συμπτώματά της; Καμία από τις δημοσιευμένες μελέτες δεν παρέχει αποφασιστική απάντηση στο ερώτημα.

Για την κλινική θεραπευτική θα είχε τεράστια σημασία να ξέρουμε αν θα έπρεπε να διαμορφώσουμε το θεραπευτικό μας σχήμα με βάση

την κλινική διάγνωση ή τα προέρχοντα σε κάθε στιγμή συμπτώματα.

Τι φάρμακα θα δώσουμε: Το ερώτημα είναι συναρτημένο με αυτά που αναφέραμε προηγουμένως, δηλαδή με τον στόχο που επιλέγουμε. Όλα τα νευροληπτικά φάρμακα έχουν αντισχιζοφρενική δράση ανεξάρτητα από τη χημική τους προέλευση. Για το πιο όμως είναι το πιο κατάλληλο σε κάθε ειδική περίπτωση δεν υπάρχουν δυστυχώς γενικά αποδεκτοί κανόνες.

Όσοι προσπάθησαν να συσχετίσουν τα αποτελέσματα της δράσεως των τριών βασικών κατηγοριών νευροληπτικών φαρμάκων με τις τρεις βασικές διαγνωστικές κατηγορίες της σχιζοφρένειας κατέληξαν σε αρνητικά αποτελέσματα. Η διαγνωστική κατηγορία δεν μας αρκεί ως κριτήριο για την επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου. Η εκλογή ενός φαρμάκου ή του συνδιασμού φαρμάκων αποτελεί ερώτημα που απαντιέται μόνο με την εξατομίκευση των περιπτώσεων. Θα ληφθούν υπ' όψη όλες οι πληροφορίες από την κλινική και κοινωνική διερεύνηση της περιπτώσεως και η δικιά μας γενικότερη εμπειρία. Συμπτωματική βοήθεια μπορούν να μας δώσουν οι ακόλουθοι εμπειρικοί κανόνες.

Στα οξέα σχιζοφρενικά επεισόδια και στις εξάρσεις της θετικής (παραγωγικής) συμπτωματολογίας η χλωροπρομαζίνη, η αλοπεριδόλη και το Mezerpil διακρίνονται για την άμεση αποτελεσματικότητά τους. Το ίδιο ισχύει σε κάθε περίπτωση που κυριαρχεί η διέγερση, η ψυχοκινητική ανησυχία, ο αρνητισμός, η αϋπνία και οι βαρείες διαταραχές της σκέψης.

Στις περιπτώσεις που είναι έκδηλος ο αυτισμός, η απόσυρση, η συναισθηματική πτώση, η υποβουλησία και η κλινοφιλία, η τριφλουαπεραζίνη, η θειοριδαζίνη, η περφαιναζίνη και η πιμοζίνη έχουν περισσότερες πιθανότητες να δράσουν ευνοϊκά. Στις περιπτώσεις

που συνυπάρχει έντονο το καταθλιπτικό στοιχείο τόσο η χλωροπρομαζίνη όσο και η αλοπεριδόλη είναι ενδεχόμενο να επιδεινώσουν την κατάσταση. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η τριφλουπεραζίνη, η θειοριζαδίνη και περφαινοζίνη αποτελούν τα φάρμακα επιλογής. Ο συνδιασμός τους με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά ενισχύει την αποτελεσματικότητά τους. Το ίδιο ισχύει και για τις περιπτώσεις εκείνες που συνυπάρχουν ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα.

Στις περιπτώσεις που επιδιώκεται μια σταθερή δόση συντηρήσεως ή υπάρχει δυσχέρεια στην καθημερινή λήψη των φαρμάκων οι λιποδιαλυτές και μακράς δράσεως φαινοθεθαζίνες έχουν προτεραιότητα αρκεί να μην συνυπάρχουν καταθλιπτικά συμπτώματα και να ελέγχονται οι παρενέργειες από το εξωπυραμιδικό σύστημα.

Όταν υπάρχει έντονο άγχος και αϋπνία χωρίς βαρείες διαταραχές της σκέψης, η λεβοπρομαζίνη καθώς και τα "ελάσσονα ηρεμιστικά" έχουν τη θέση τους ως συμπληρωματικά στην κύρια αγωγή φάρμακα. Αν ένα φάρμακο μετά από συνεχή χορήγηση 6 εβδομάδων δεν μας πείσει για την αποτελεσματικότητά του, τότε η συνεχισή του είναι άσκοπη.

Σε τι δόσεις και επί πόσο χρόνο θα το δώσουμε: Οι δόσεις όλων των νευροληπτικών φαρμάκων είναι απόλυτα εξατομικευμένες. Σε μια περίπτωση μπορεί να χρειασθεί να δώσουμε 10πλάσια δόση φαρμάκου απ' αυτή που θα δώσουμε σε μια άλλη περίπτωση με παρόμοια κλινική εικόνα. Ξέρουμε όμως πως ο λόγος που ένα σημαντικό ποσοστό δεν αποκρίνεται θετικά στη φαρμακοθεραπεία είναι η χαμηλότερη ή η υψηλότερη από την κανονική φαρμακοθεραπεία δοσολογία. Μέχρι τώρα πιστεύαμε πως μόνο οι χαμηλές δόσεις είναι υπεύθυνες για τις θεραπευτικές μας αποτυχίες. Πρόσφατες όμως εργασίες δείχνουν

πως και οι υψηλές δόσεις, συνεπάγονται μερικές φορές την συντήρηση ή την επίταση ορισμένων σχιζοφρενικών συμπτωμάτων, όπως το ρηχό συναίσθημα και η ανηδονία.

Η διάρκεια χορήγησης των νευροληπτικών δεν υπόκειται και αυτή σε γενικούς κανόνες. Είναι απόλυτα εξατομικευμένη και συναρτημένη με παράγοντες που δεν συνδέονται μόνο με την κλινική εικόνα.

Μπορεί όμως και στην περίπτωση αυτή να έχουν κάποια καθοδηγητική αξία οι ακόλουθοι εμπειρικοί κανόνες:

Τα νευροληπτικά φάρμακα χορηγούνται στη σχιζοφρένεια όχι μόνο για να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα αλλά και για να περιορίσουν το ενδεχόμενο υποτροπής. Κατά συνέπεια δεν δικαιολογείται σε καμία περίπτωση άμεση διακοπή τους με την αποδρομή των συμπτωμάτων.

Τα νευροληπτικά ψυχοφάρμακα δεν ασκούν μόνο αντιψυχωτική ενέργεια. Προκαλούν και ποικιλία άλλων βιολογικών και ψυχολογικών αντιδράσεων που επιβάλλουν την ανάγκη για βαθμιαία μείωση των δόσεων.

Η μείωση όμως αυτή πρέπει να περιορίζεται σε επίπεδα τέτοια που το φάρμακο θα 'ναι μεν ανεκτό από τον άρρωστο αλλά δεν θα χάνει την προφυλακτική του αποτελεσματικότητα.

Διακοπή του φαρμάκου είτε συνεχής για ένα σχετικά μακρό διάστημα (μηνών) είτε διαλείπουσα (ημερών ή βδομάδων) είναι επιτρεπτή αλλά όταν τηρούνται οι ακόλουθοι απαραίτητοι όροι:

Ο άρρωστος είναι ελεύθερος συμπτωμάτων για μακρό χρονικό διάστημα.

Η προηγηθείσα εμπειρία έχει δείξει ότι η μεν διακοπή δεν συνεπάγεται υποτροπή η δε μείωση της δοσολογίας αυξάνει την κοινωνική προσαρμογή του ατόμου.

Ο άρρωστος έχει πλήρη αναισθησία. Έχει επίγνωση της ανάγκης για τη λήψη των φαρμάκων και συνεργάζεται στην εφαρμογή του σχήματος. Είναι πρόθυμος να επανέλθει στο σχήμα συνεχούς θερα-



Ορισμένα ψυχοφάρμακα.

πείας αν χρειασθεί.

Ο άρρωστος στο διάστημα που δεν παίρνει φάρμακα βρίσκεται υπό ψυχιατρική παρακολούθηση.

Ένα σοβαρό πρόβλημα που σχετίζεται με την διακοπή ή μη των φαρμάκων δημιουργείται στις περιπτώσεις με οξεία εγκατάσταση της ψυχωσικής συμπτωματολογίας.

Πολλά άτομα ζουν "υπαλειμματική" ζωή μόνο και μόνο γιατί παίρνουν συνέχεια ψυχοφάρμακα σε μεγάλες δόσεις μετά από ένα οξύ ψυχωτικό επεισόδιο

Ψυχολογικές θεραπείες και θεραπείες περιβάλλοντος.

Τι σημασία έχουν στην σχιζοφρένια: Το ερώτημα αν έχουν θέση στη θεραπεία της σχιζοφρένιας οι ψυχολογικές θεραπείες ή οι θεραπείες περιβάλλοντος αναζωπυρώθηκε τα τελευταία χρόνια με αφορμή τα αποτελέσματα από τις έρευνες στη γενετική της σχιζοφρένιας. Υποστηρίζεται δηλαδή η άποψη πως μια και είναι πολύ πιθανό ότι η νόσος σε σημαντικό βαθμό προκαθορίζεται από ένα γενετικό συντελεστή ή από μια σωματικού τύπου πρώιμη μειονεκτικότητα, τα ψυχολογικά μέσα θεραπείας έχουν περιορισμένη αποτελεσματικότητα, δυσανάλογη με τις απαιτούμενες δαπάνες σε χρόνο και χρήμα. Έχουμε τη γνώμη πως η θέση αυτή δεν είναι σωστή γιατί ξεκινάει από εσφαλμένες αρχές.

Πρώτη εσφαλμένη αρχή είναι ότι όταν υπάρχει συμμετοχή του γενετικού παράγοντα ο ρόλος των άλλων παραγόντων είναι μηδαμινός ή ανύπαρκτος. Με βάση αυτά που ξέρουμε μέχρι σήμερα για τη σχιζοφρένια η γονιδιακή της καταβολή δεν καθορίζει κατά τρόπο κυριαρχικό την κλινική της έκφραση. Άλλωστε τον κάθε γονότυπο

τον χαρακτηρίζει η δυνατότητα να συνδέεται με ένα ευρύτατο φάσμα φαινοτυπικών εκδηλώσεων ανάλογα με τις τροποποιητικές επιδράσεις του περιβάλλοντος.

Δεύτερη εσφαλμένη αρχή είναι ότι οι καταστάσεις που απορρέουν από μια γενετική προδιάθεση δεν υπόκεινται σε διορθωτικές επεμβάσεις από το περιβάλλον παρά μόνο στο μέτρο που αυτές επηρεάζουν άμεσα το βιοχημικό-μοριακό υπόστρωμα αυτής της γενετικής μειονεξίας. Σήμερα ξέρουμε πως με την κατάλληλη διεύθυνση των περιβαλλοντικών συνθηκών μπορούμε να τροποποιήσουμε έμμεσα πολλές γενετικής αφετηρίας διαταραχές (διαβήτη), και δεν υπάρχει λόγος να μη επεκτείνεται αυτή η δυνατότητα και στη σχιζοφρένια.

Με τις βιολογικές θεραπείες αντιμετωπίζουμε σωστά την βιολογική διαταραχή δεν εξαντλούμε όμως τις υποχρεώσεις μας στο άτομο. Αυτό σημαίνει πως δεν αρκεί να ανατάξουμε με χημικά μέσα μια διαταραγμένη λειτουργία αλλά χρειάζεται επί πλέον να εξασφαλίσουμε τις ψυχολογικές και κοινωνικές προϋποθέσεις που θα επιτρέψουν στο άτομο να αξιοποιήσει καλύτερα και αποδοτικότερα τις νεοαποκτηθείσες δυνατότητές του.

Απ' την άλλη όμως μεριά, η αλόγιστη επένδυση προσδοκιών στα συμπληρωματικά μέσα θεραπείας όπως τα ψυχολογικά με παραγνώριση των βασικών αποτελεί εξ' ίσου ή και περισσότερο ακόμα βλαπτικό για τον άρρωστο θεραπευτικό πλημμέλημα.

Ψυχοθεραπείες.

Όλοι οι τύποι ψυχοθεραπειών έχουν δοκιμασθεί στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας. Θα αναφέρουμε τις κυριώτερες.

Η κ λ α σ σ ι κ ή ψ υ χ α ν ά λ υ σ η: Η σχιζοφρένια δεν

περιλαμβάνεται στην κατηγορία των ψυχικών εκείνων διαταραχών που προσφέρονται για συστηματική ψυχανάλυση. Παρά ταύτα αρκετές περιπτώσεις σχιζοφρενικών, κυρίως του ψευδονευρωσικού τύπου, έχουν ψυχαναλυθεί. Ορισμένες ψυχαναλυτικές σχολές όπως της Klein και του Rosen υποστηρίζουν πως η ψυχανάλυση των σχιζοφρενών είναι και τεχνικώς εφικτή και έχει και ευνοϊκά αποτελέσματα. Όταν ο Rosen δημοσίευσε το 1953 το βιβλίο του δεν είχαν ακόμα ουσιαστικά μπει στο θεραπευτικό ρεπερτόριο οι φαινοθειαζίνες. Έτσι η "άμεση" ανάλυσή του έγινε δεκτή ως σανίδα σωτηρίας και για μερικούς δεν παύει να είναι.

Ο Ι Ψ Υ Χ Α Ν Α Λ Υ Τ Ι Κ Ο Ψ Ξ Π Ρ Ο Σ Α Ν Α Τ Ο Λ Ι Σ Μ Ο Ψ Ξ
Ψ Υ Χ Ο Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α Σ :

Είναι ποικίλου τύπου και αναμεσά τους αναδόμηση της προσωπικότητας αλλά στην ενίσχυση του Εγώ, που εξ' ορισμού στο σχιζοφρενικό άρρωστο είναι ανίσχυρο και ευάλωτο στις αντίξοες περιβαλλοντικές συνθήκες. Η συμμετοχή του θεραπευτή είναι πιο ενεργητική. Η συμπεριφορά και οι διαπροσωπικές σχέσεις και όχι οι συνειρμοί και τα όνειρα αποτελούν την κύρια πηγή απ' όπου αντλείται το επεξεργασμένο ψυχοπαθολογικό υλικό. Οι ερμηνείες είναι περιορισμένες και μεγάλη έμφαση δίνεται στην αξιοποίηση των υγιών ψυχολογικών μηχανισμών του ατόμου.

Η Ψ Ξ Π Ρ Ο Σ Τ Η Ρ Ι Κ Τ Ι Κ Η Α Τ Ο Μ Ι Κ Η Ψ Υ Χ Ο Θ Ε
Ρ Α Π Ε Ι Α :

Είναι η κατ' εξοχήν εφαρμοζόμενη και κατά μερικούς η μόνη ενδεικνυόμενη για τον σχιζοφρενικό άρρωστο μέθοδος ατομικής ψυχοθεραπείας.

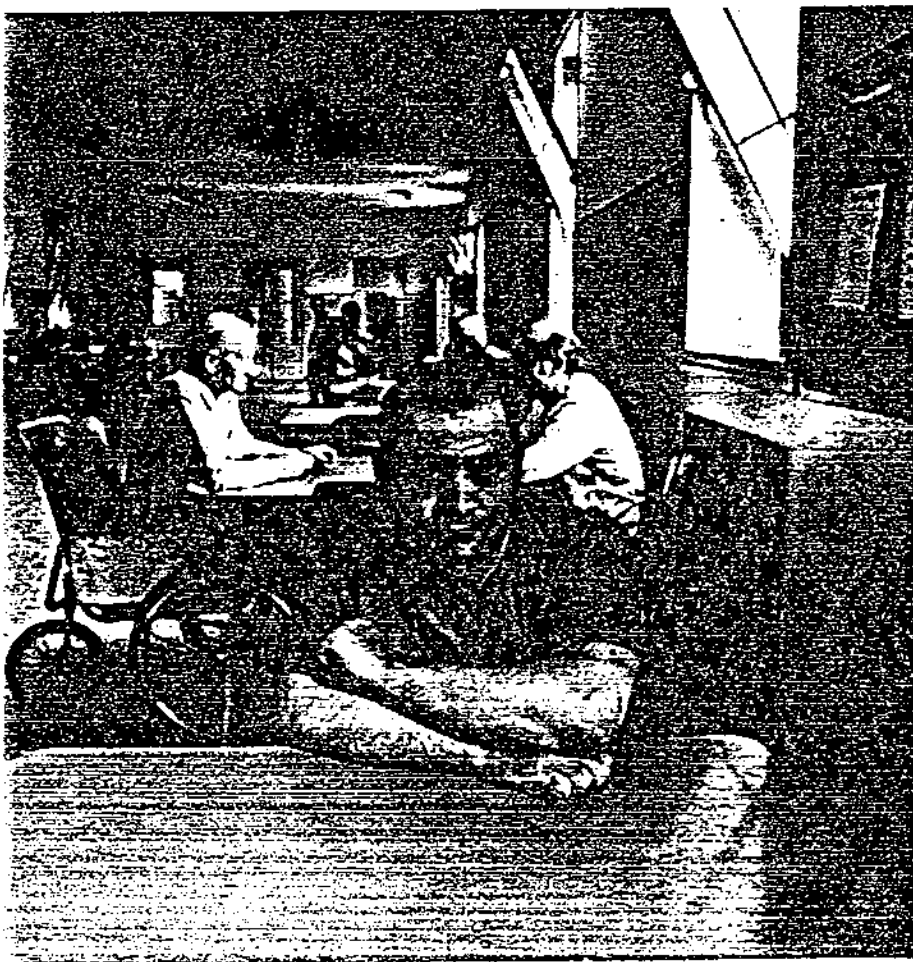
Υπό κάποια έννοια συνοδεύει όλες τις παντός άλλου είδους θε-
ραπείες μηδέ των βιολογικών εξαιρουμένων. Βασικά της συστατι-
κά: Βαθειά γνώση του περιστατικού, καθώς και των συνθηκών
(οικογενειακών-κοινωνικών) κάτω από τις οποίες ζεί. Δοτικότητα
συναισθηματική. Ενεργητικός και μελετημένος χειρισμός των
περιβαλλοντικών συνθηκών.

Η ο μ α δ ι κ ή ψ υ χ ο θ ε ρ α π ε ί α: Αρκετά διαδομένη
μέθοδος ψυχοθεραπείας των σχιζοφρενών εντός και εκτός νοσοκο-
μείου. Υποστηρίζεται πως υπερέχει των ατομικών ψυχοθεραπειών.

Θ ε ρ α π ε ί ε ς σ υ μ π ε ρ ι φ ο ρ ά ς: Από το πλήθος
των επεμβατικών ψυχοθεραπειών που στηρίζονται στις ψυχολογικές
θεωρίες της μαθήσεως μόνο οι απορρέουσες από την επεμβατικού
και συντελεστικού τύπου εξάρτηση του SKinner, βρήκαν εφαρμογή
στη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Η πιο διαδομένη από αυτές
είναι η λεγόμενη "θεραπεία με κουπόνια". Εφαρμόζεται κυρίως
στους χρόνιους νοσηλευόμενους σε ψυχιατρικά ιδρύματα σχιζοφρε-
νείς και σκοπό έχει την κοινωνικοποίησή τους. Σύμφωνα με
μια πρόσφατη και συνεχιζόμενη μελέτη (από τον Small στις
Η.Π.Α τα δύο τρίτα των σχιζοφρενικών ανταποκρίθηκαν τόσο ευνοϊκά
στη θεραπεία μέσα σε έξι μήνες που μπόρεσαν να "επανενταχθούν
στο κοινωνικό σύνολο. Οι διατυπούμενες επιφυλάξεις ότι πιθανόν
τα ευνοϊκά αποτελέσματα να οφείλονται περισσότερο στο αυξημένο
ενδιαφέρον προς τους αρρώστους και λιγότερο στην ειδική τεχνική
επιβάλλουν την ανάγκη για επανεκτίμηση της ερευνητικής μεθοδολο-
γίας.

Τ ο θ ε ρ α π ε υ τ ι κ ό π ε ρ ι β ά λ λ ο ν - Α π α σ χ ο -
λ η σ ι ο θ ε ρ α π ε ί α:

Αποτελούν τεχνικές ευρύτατα εφαρμοζόμενες. Διάφορες βιομηχανίες



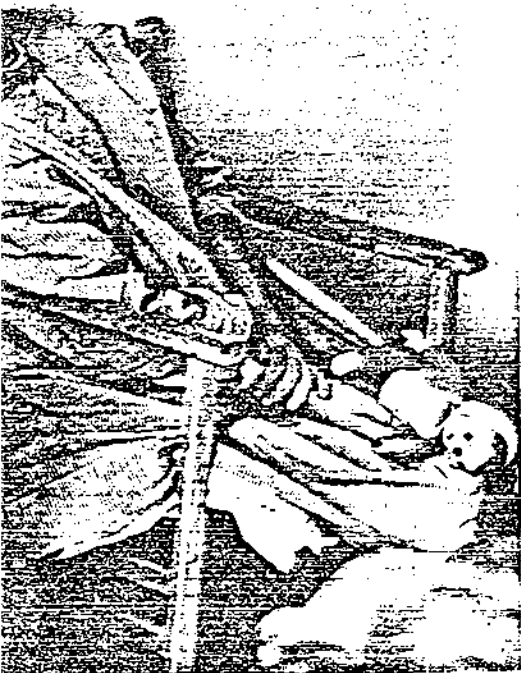
Η απραξία της πρώτης εικόνας μπορεί να αντιμετωπισθεί με την εργασιοθεραπεία της άλλης, εικόνας που βλέπουμε.



Η μείωση των ενδιαφερόντων ή απάθεια και η πτώση του συναισθήματος είναι εμφανής.

Η εργασιοθεραπεία είναι βασική θεραπεία με σκοπό την απασχόληση των ασθενών.





συνεργάζονται με νοσοκομεία - εργαστήρια και εκπονούν προγράμματα στα πλαίσια των οποίων, οι άρρωστοι μέσα σε μια ατμόσφαιρα, παρόμοια με την ατμόσφαιρα του εργοστασίου εργάζονται και πληρώνονται ανάλογα με την ποσότητα και την ποιότητα της δουλειάς που αποδίδουν. Σ' αυτή την περίπτωση είναι πολύ σπουδαίο, το γεγονός ότι ο άρρωστος συνειδητοποιεί το πρόγραμμα στο οποίο έχει ενταχθεί και βλέπει τη σχέση που έχει μ' αυτό και την ομάδα εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ
ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α .

Οι σχιζοφρενείς γίνονται δεκτοί στα νοσοκομεία για ένα σωρό λόγους, ο βασικότερος των οποίων είναι η αδυναμία συνειδήσεως, το ότι δηλ. ούτε ο άρρωστος μπορεί πλέον να συνεργασθεί με την κοινωνία, ούτε και η κοινωνία μπορεί να έλθει σε συνεννόηση μαζί του.

Η πιο συχνή αιτία που οδηγεί τους σχιζοφρενείς στο νοσοκομείο είναι το ότι η αρρώστια τους, τους έχει φέρει σε τέτοιο οξύ στάδιο αποδιοργάνωσης, ώστε δεν μπορούν να προσέξουν ούτε τους ίδιους τους εαυτούς τους.

Μπορεί ο άρρωστος να πάψει να δουλεύει, και να τρυγυρίζει άσκοπα στους δρόμους μέχρι αργά τη νύκτα. Φτάνει στο σημείο να μην νοιάζεται αν έχει φάει ή αν έχει πλυθεί. Καμμιά φορά τον βλέπουμε να μιλάει με τις φανταστικές φωνές του, ή ακόμα να υποκρίνεται κάποιον άλλον υποκύπτοντας στις φαντασιώσεις του.

Αντιμετωπίζοντάς τον συνήθως περνάμε από μια περίοδο στην οποία απλώς η συμπεριφορά του μας απασχολεί, για να φτάσουμε στη συνέχεια στο σημείο να προβληματιζόμαστε για το τι πρέπει να γίνει. Αυτό το ξεπέραςμα του όριου της κοινωνικής ανοχής είναι κάτι το πολύ συγκεχυμένο.

Στην πραγματικότητα μπορεί η αλλαγή στη συμπεριφορά του αρρώστου και τα συμπτώματα που παρουσιάζει να είναι πολύ μικρά, αλλά οι συνθήκες αλλάζουν κατά ένα τρόπο που πιστεύεται ότι επέρχεται απώλεια ελέγχου του σχιζοφρενή.

Μοναχοί μεσήλικες σχιζοφρενείς οδηγούνται στα νοσοκομεία μετά από το θάνατο της μητέρας τους, όχι επειδή η κατάστασή τους έχει χειροτερεύσει από ιατρική άποψη, αλλά επειδή η

κοινωνία αισθάνεται ότι ο άρρωστος βρίσκεται σε μεγαλύτερο κίνδυνο τώρα, η ακόμα επειδή τώρα η ίδια αισθάνεται να κινδυνεύει εξ' αιτίας του.

Η αντιμετώπιση ενός ατόμου που ξεφεύγει από τα καθιερωμένα πρέπει να προχωρήσει προσεκτικά ανάμεσα σ' αυτή τη Σκύλα και τη Χάριβδη θυσιάζοντας σε μια στιγμή το ένα για το καλό του άλλου και αντιστρέφοντας τους ρόλους μετά από λίγο.

Η γνώση της σωστής θέσης κάθε δεδομένη στιγμή είναι κάτι πουδ εν μπορεί η επιστήμη να διδάξει, αλλά αποτελεί την τέχνη της ιατρικής, σε μια από τις καλύτερες εκφράσεις της.

Αν και είναι τρέλα, υπάρχει ακόμα μια μέθοδος για την αντιμετώπιση της.

Σε γενικές γραμμές η νοσηλευτική αντιμετώπιση του σχιζοφρενούς περιλαμβάνει δύο σκέλη:

- α. Τη νοσηλευτική φροντίδα σε χρόνιες καταστάσεις. Και
- β. Τη νοσηλευτική φροντίδα σ' ένα οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο.

Νοσηλευτική φροντίδα στις χρόνιες καταστάσεις.

Στη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με χρόνια σχιζοφρένια δύο είναι οι βασικοί σκοποί.

- α) Η πρόληψη της ιδρυματοποίησης και
- β) Η κοινωνικοποίηση και αποκατάσταση.

Η ιδρυματοποίηση έχει σαν κύρια χαρακτηριστικά την απάθεια, την έλλειψη πρωτοβουλίας και ενδιαφέροντος, την ανάθεση ευθυνών για σχέδια και αποφάσεις στους άλλους. Προκύπτει από μια σειρά παραγόντων που μπορούν να αλλάξουν και τέτοιοι είναι:

1. Έλλειψη εξωτερικών επαφών.

Είναι συνέπεια της μακροχρόνιας παραμονής στο νοσοκομείο, της διακοπής της επικοινωνίας με τον έξω κόσμο, της απουσίας επισκεπτών, της απορρίψεως από συγγενείς και φίλους.

Η νοσοκόμος καταβάλλει προσπάθεια:

- Να πείσει τους συγγενείς για την αναγκαιότητα της επικοινωνίας με τον ασθενή.
- Να βοηθήσει τον ασθενή να διατηρήσει την επαφή του με τους συγγενείς (τηλέφωνα, αλληλογραφία κ.λ.π)
- Να ενθαρρύνει τον ασθενή να συμμετάσχει σε γιορτές, ημερήσιες εκδρομές, να πηγαίνει στο θέατρο, στα καταστήματα κ.λ.π
- Να ενθαρρύνει τον ασθενή να ενδιαφέρεται και να ενημερώνεται για τα γεγονότα του έξω κόσμου (να ακούει ειδήσεις, να διαβάζει εφημερίδα) και να συμμετέχει σε ομαδικές συζητήσεις.

2. Απώλεια της προσωπικότητός του.

Έχει τονισθεί από Κοινωνιολόγους ότι, όταν οι ασθενείς εισάγονται

σε ένα ίδρυμα, λόγω συνθηκών, υποβάλλονται σε μια "διαδικασία απογυμνωσής τους" από την ατομικότητα και προσωπικότητά τους. Οι αριθμοί αντικαθιστούν το ονομά τους, ότι έχουν επάνω τους (φωτογραφίες, πορτοφόλι, τσάντα κ.λ.π), αφαιρούνται από την κατοχή τους για ασφάλεια, ο ιδιαίτερος χώρος χάνεται γι' αυτούς, είναι υποχρεωμένοι να κάνουν δημοσίως πράξεις, που άλλοτε έκαναν ιδιαιτέρως.

Μερικοί ασθενείς αντιδρούν με επιθετικότητα και επιμένουν άγρια στο δικαίωμά τους να τους φέρονται σαν άτομα με οντότητα. Άλλοι, ιδίως αυτοί που δεν έχουν αυτοπεποίθηση και έχουν τάση υποχωρητικότητας εγκαταλείπουν κάθε ατομική ευθύνη.

3. Απώλεια της ατομικότητας.

Επειδή οι ασθενείς έχουν δυσκολίες σε ορισμένα θέματα που απαιτούν πρωτοβουλία και ευθύνη, το ίδρυμα αναλαμβάνει όλες τις ευθύνες που είχαν πριν την εισαγωγή τους. Τούτο όμως είναι τοποθετημένο σε εσφαλμένη βάση και συντελεί στην απώλεια των υπολειμμάτων της ατομικότητας που διατηρεί ο ασθενής.

Για να καταπολεμηθούν αυτά τα δεδομένα πρέπει:

α. Να αυξηθεί η ατομικότητα του ασθενή

Οι ασθενείς δεν πρέπει να στερούνται εκείνα τα πράγματα που συνθέτουν την ατομικότητά τους. Πρέπει να αγοράζουν μόνοι τους τα ρούχα που φοράνε και να έχουν κλειδωμένα σε ντουλαπάκια ατομικά κοντά στο κρεβάτι τους ότι πολύτιμο έχουν. Πρέπει να ενθαρρύνονται να διακοσμούν το δωματιό τους με φωτογραφίες ή εικόνες που σημαίνουν κάτι.

β. Να μεταβληθεί η συμπεριφορά του

π ρ ο σ ω π ι κ ο ύ .

Παρόλο που το μεγαλύτερο μέρος του προσωπικού των ψυχιατρικών κλινικών φέρεται με καλοσύνη και καλή διάθεση στους ασθενείς, η οργάνωση των παραδοσιακών νοσοκομείων έχει την τάση να ενθαρρύνει μια αυστηρή στάση του προσωπικού. Αν ο ασθενής ρωτήσει π.χ. το λόγο μιας απόφασης, η απάντηση είναι "γιατί το λέω εγώ".

Αν θέλουμε να αναπτυχθεί η πρωτοβουλία και η αυτοπεποίθηση του ασθενούς πρέπει αυτή η στάση του προσωπικού να αλλάξει μαζί με το σύστημα οργάνωσης του θαλάμου, και να βοηθήσουμε το προσωπικό να δει καθαρότερα τη συμπεριφορά του προς τους ασθενείς.

γ. Ν α α υ ξ η θ ε ί ο β α θ μ ό ς υ π ε υ θ υ ν ό τ η τ α ς τ ο υ α σ θ ε ν ή .

Όταν αλλάξει τη στάση του το προσωπικό, θα μπορέσει να ενθαρρύνει τους ασθενείς να αναλάβουν την ευθύνη για πολλές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Ο βαθμός υπευθυνότητας, στον οποίο μπορεί να κρίνεται από τις γνώσεις μας για τον ασθενή αλλά γενικά είναι καλύτερα να δίνουμε περισσότερες υπευθυνότητες και ας σφάλουμε, παρά λιγότερες.

δ. Ν α δ η μ ι ο υ ρ γ η θ ε ί μ ι α ε υ χ ά ρ ι σ τ η α τ μ ό σ φ α ι ρ α σ τ ο ν θ á λ α μ ο .

Η ευχάριστη ατμόσφαιρα του θαλάμου μπορεί να υπάρξει μόνο σε ένα περιποιημένο χώρο. Οι σκοτεινοί βρώμικοι θάλαμοι με άσχημα έπιπλα κατεβάζουν το ηθικό ασθενών και προσωπικού.

Η γνώμη ότι "είναι πολύ τρελοί για να δίνουν σημασία"

βασίζεται μάλλον σε οικονομικούς λόγους παρά σε γεγονότα.

Τα χαρούμενα χρώματα, το φώς και ο αέρας επιδρούν το ίδιο

στους ασθενείς όπως και στους υγιείς.

ε. Να αποφεύγονται τα μεγάλα διαστήματα αργίας και ανίας.

Για να αποφεύγονται οι ατελείωτες ώρες ανίας και μοναξιάς, πρέπει να υπάρχει ένα λεπτομερές πρόγραμμα. Πρέπει να είναι αρκετά ελαστικά για να αξιοποιούνται τα έκτατα γεγονότα και επίσης αρκετά ποικίλο για να μην γίνεται ανιαρό.

Σχετικά με την κοινωνικοποίηση:

Για να δημιουργήσει η νοσοκόμος μια σχέση με τον σχιζοφρενή, πρέπει να μπορεί να καταλάβει πόσο διαφορετικός φαίνεται ο εξωτερικός κόσμος στον ασθενή και πως αυτό δημιουργεί τη δυσκολία που έχει ο ασθενής να αντιδρά με ομαλό τρόπο στους άλλους.

Υπάρχουν αρκετές αποδείξεις ότι οι σχιζοφρενικοί πάσχουν από διαταραχή της αντιλήψεως τόσο του κόσμου τριγύρω τους, όσο και του εσωτερικού τους κόσμου.

Όταν βλέπουμε μια εικόνα, ακούμε μια ομιλία, διαβάζουμε ένα άρθρο ή απλώς κοιτάζουμε ένα από το παράθυρο, βλέπουμε ή ακούμε το γεγονός σαν ένα σύνολο. Μεμονωμένα μέρη μπορεί να τραβούν την προσοχή μας, αλλά κατορθώνουμε και τα ενσωματώνουμε στο σύνολο έτσι ώστε να έχει νόημα σε σχέση με το σύνολο.

Κάποτε έχουμε μια εμπειρία όπου μερικές λεπτομέρειες δεν ταιριάζουν στη γενική εικόνα, π.χ. αν ακούμε ένα θόρυβο το βράδυ, και μπορούμε να καταλάβουμε ότι είναι μια πόρτα που χτυπά, ή ένα αυτοκίνητο που ξεκινάει δεν μας ανησυχεί αλλά αν δεν μπορούμε να αναγνωρίσουμε τι θόρυβος είναι γινόμαστε

ανήσυχτοι και ή σήκωνόμαστε να δούμε τε είναι ή σκεπάζουμε το κεφάλι μας με τα κλιννοσικεπάσματα ελπίζοντας ότι θα σταματήσει. Ο σχιζοφρενικός αισθάνεται ότι τα συμβάντα δεν σχετίζονται μεταξύ τους με φυσικό τρόπο, οι λεπτομέρειες ορθώνονται έντονα μέσα από ένα θολό υπόβαθρο, οι πράξεις που θεωρούμε δεδομένες κομματιάζονται στα διάφορα μέρη που τις συνθέτουν, όπως όταν βλέπουμε μια ταινία σε πολύ αργό ρυθμό έτσι που το περπάτημα, το χαμόγελο, η ομιλία να χρειάζονται μια τεράστια συνειδητή προσπάθεια οργάνωσης. Η καθημερινή ζωή γίνεται πολύ δύσκολη και παίρνει ένα τρομακτικό ύφος απειλής, με συνέπεια ο ασθενής να αντιδρά είτε με το να απομακρύνεται όσο μπορεί περισσότερο από αυτή, ή με το να γίνεται επιθετικός, έχοντας σαν αρχή "χτύπα πρώτα και έπειτα ρώτα". Και στις δύο περιπτώσεις ο ασθενής προσπαθεί να περιορίσει τις επαφές του με τους άλλους και τα συμβάντα που γίνονται γύρω του.

Να προσπαθήσεις να δημιουργήσεις σχέση με ένα τέτοιο ασθενή είναι πολύ δύσκολο. Είναι σαν να προσπαθείς να γίνεις φίλος με ένα σκύλο, που έχει πολύ κακομεταχειρισθεί και ή φεύγει μόλις τον πλησιάσεις, ή δαγκώνει το χέρι που τον ταΐζει. Το πρώτο που χρειάζεται είναι ανεξάντλητη υπομονή. Η σχέση δεν μπορεί να γίνει βιαστικά και στην αρχή πρέπει να αφήσουμε τον ασθενή να επιβάλλει τους όρους του, π.χ. με ένα ασθενή, που δεν ανοίγει το στόμα του να μιλήσει, μπορεί να χρειαστεί να κάθεται κοντά του η νοσοκόμος αρκετές ώρες, χωρίς να του μιλάει να μην περιμένει απάντηση. Έτσι καταλαβαίνει ότι η νοσοκόμος ενδιαφέρεται αρκετά γι' αυτόν, για να κάθεται τόση ώρα μαζί του, και ότι δεν αποτελεί απειλή γι' αυτόν. Με τους πλησιάζσιμους ασθενείς η πρόοδος γίνεται πιο γρήγορα,

αλλά η νοσοκόμος πρέπει να είναι έτοιμη να μάθει τη γλώσσα τους, γιατί πολλοί ασθενείς εκφράζουν τα συναισθήματά τους και τις ανάγκες τους με διάφορους τρόπους, παρά με λόγια, ή χρησιμοποιώντας λέξεις με έναν ειδικό τρόπο, δικό τους. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι κάθε τι που θα πει ο σχιζοφρενικός έχει μια συμβολική έννοια. Μερικά μπορεί να είναι λόγια ασύνδετα μεταξύ τους, αλλά η νοσοκόμος μπορεί να μάθει πολλά, αν είναι προετοιμασμένη να καταλάβει τι θέλει ο ασθενής. Είναι το ίδιο σαν να θέλει να συννενοηθεί με κάποιον που δεν μιλάει την ίδια γλώσσα. Σιγά-σιγά αρχίζει να καταλαβαίνει τις χειρονομίες και τις εκφράσεις του προσώπου, αρχίζει να καταλαβαίνει λίγες λέξεις και να ανταλλάσει τις ανάλογες λέξεις στη γλώσσα του. Όσο αυτό εξακολουθεί, ο βαθμός επικοινωνίας αυξάνει μέχρις ότου και οι δύο συννενοούνται. Αυτή η διαδικασία απαιτεί ανοχή, υπομονή, παρατηρητικότητα και μεγάλη επιμονή. Μπορεί να μην αποδίδει πολύ και να απογοητεύει, αλλά η ικανοποίηση να βοηθάς έναν ασθενή χαμένο μέσα σ' ένα τρομακτικό εσωτερικό κόσμο, να επανέλθει σε μια ζωή πιο φυσιολογική και λιγότερο απειλητική είναι αρκετή αμοιβή. Το είδος των σχέσεων καθορίζεται μόνο μετά από στενή επαφή με τον ασθενή. Η νοσοκόμος θα εργάζεται κοντά του όλη την ημέρα, όχι μόνο παρακολουθώντας τις δραστηριότητές του, αλλά παίρνοντας ενεργό μέρος σ' αυτές. Πρέπει να αφήνει τον ασθενή να έχει όλο το χρόνο που του χρειάζεται και ενώ προφορικά μπορεί να τον ενθαρρύνει να κάνει μεγαλύτερες προσπάθειες, πρέπει να αντισταθεί στον πειρασμό να αναλάβει και να κάνει μόνη της της εργασία του. Όπως το παιδί που δεν μαθαίνει να ντύνεται η μητέρα του επιμένει να το

ντύνει εκείνη για πιο γρήγορα, έτσι και ο ασθενής, που δεν τον αφήνουν να κάνει μόνος του την εργασία του, έστω και άσχημα, δεν θα μάθει ποτέ να εργάζεται ανεξάρτητα.

Η νοσοκόμος πρέπει να φροντίζει σοβαρά για τα συμπτώματα του αρρώστου. Δεν οφείλει να λέει στον ασθενή ότι οι παραισθήσεις του είναι αβάσιμες ή φανταστικές. Από το άλλο μέρος δεν πρέπει η νοσοκόμος να υποστηρίζει τις παραισθήσεις, σα να ήταν αληθινές. Πρέπει να ενθαρρύνει τον άρρωστο να μιλά για τις ιδέες και τις εμπειρίες του και όταν δημιουργηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης ανάμεσά τους, να τον ρωτήσει γιατί νομίζει ότι του συμβαίνουν αυτά τα πράγματα.

Σ' αυτό το στάδιο μπορεί να τον βοηθήσει να καταλάβει ότι, ενώ οι εμπειρίες του φαίνονται πραγματικές σ' αυτόν, στην πραγματικότητα είναι μια εκδήλωση της παθήσεώς του. Όταν θα μπορέσει να το καταλάβει καλύτερα, αυτές οι περίεργες εμπειρίες θα γίνουν λιγότερο τρομακτικές και θα την απασχολούν λιγότερο, έτσι ώστε να μεγαλώνει το ενδιαφέρον του για τον έξω κόσμο. Η αύξηση του ενδιαφέροντος και των δραστηριοτήτων συχνά ελαττώνει ακόμα πιο πολύ τις αφύσικες εμπειρίες του και ο ασθενής μπορεί να φτάσει σ' ένα στάδιο, όπου έρχεται σε συμβιβασμό με την παθησή του και μπορεί να ζήσει μια ζωή σχετικά φυσιολογική και ικανοποιητική παρόλα τα υπολειμματικά συμπτώματα.

Η νοσηλευτική φροντίδα κατά κλινική εμφάνιση έχει ως εξής:

Οι ασθενείς με υπερδιέγερση χρειάζονται προσεκτική μεταχείριση και ιδιαίτερο τάκτ.

Οι ασθενείς αυτοί είναι πάρα πολύ ευαίσθητοι και θυμώδεις.

Στην αποτελεσματική αποκατάσταση της υγείας τους συντελούν η

θετική στάση, το ήρεμο και μαλακό πλησίασμα, ο χαμηλός τόνος φωνής. Οι μακρές συζητήσεις και εξηγήσεις πρέπει να αποφεύγονται, γιατί ερεθίζουν περισσότερο τον ασθενή. Η δικαιοσύνη και η τιμιότητα είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για τη διατήρηση αρμονίας στις σχέσεις νοσοκόμου-ασθενούς.

Κατά την εκτέλεση του έργου της η νοσοκόμος μπορεί να αντιμετωπίσει χυδαιότητα, ασέβεια, τάσεις καταστροφής ή επιθετικότητας με σκοπό τη σεξουαλική ικανοποίηση. Όλες αυτές τις εκδηλώσεις πρέπει να τις δεχτεί σαν συνέπεια της ψυχικής του ασθένειας, να τις αγνοήσει και να βαδίσει προς τον κύριο σκοπό της βοηθώντας με κατανόηση τον ασθενή να επανέλθει στη φυσιολογική κατάσταση. Επειδή η σκέψη του ασθενούς πηδά από το ένα πράγμα στο άλλο, ο ασθενής μοιάζει με συγχυτικό. Η νοσοκόμος πρέπει να απομακρύνει με επιδεξιότητα τη σκέψη του από γεγονότα ή αντικείμενα του περιβάλλοντος, τα οποία επιτείνουν τις συγχυτικές τάσεις και αυξάνουν την ανησυχία του.

Μια από τις κυριότερες ευθύνες της νοσοκόμου είναι να απλοποιήσει το περιβάλλον του ασθενούς και να το μετατρέψει κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να του προκαλεί ηρεμία και να τον καθησυχάζει.

Εάν ο ασθενής ερεθίζεται από τις δυνατές ομιλίες του προσωπικού ή των άλλων ασθενών, αυτό που έχει ανάγκη είναι ένα απλό δωμάτιο απομακρυσμένο από τον πολύ θόρυβο, που να βρίσκεται όμως σε θέση που εύκολα η νοσοκόμος να μπορεί να παρακολουθήσει και να επιβλέπει.

Τα κάδρα, οι έγχρωμες εκκίνες και οι πολύχρωμες ταπετσαρίες πρέπει να αποφεύγονται, γιατί διεγείρουν τη φαντασία του ασθενούς. Η επίπλωση πρέπει να είναι απλή και προσεγμένη. Να μην υπάρχουν αιχμηρές γωνίες τις οποίες ο ασθενής είναι δυνατόν να χρησιμο-

ποιήσει για να τραυματισθεί ή άλλα αντικείμενα, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιήσει για να επιτεθεί εναντίον οποιουδήποτε μέλους του προσωπικού ή άλλου ασθενούς. Δεν πρέπει να τοποθετούνται στο δωμάτιό του καθρέπτες ή άλλα γυάλινα αντικείμενα.

Ο ασθενής με υπερδιέγερση υποφέρει από ένα υπερβολικό ξέσπασμα ενεργητικότητας. Η νοσοκόμος είναι επιφορτισμένη με την ευθύνη να περιορίσει την ενεργητικότητα και να την κατευθύνει σε ένα παραδεκτό κανάλι.

Μέσα περιορισμού της υπερβολικής ενεργητικότητας είναι:

- Γράψιμο: Ιδιαίτερα όταν ο ασθενής δεν είναι σε σοβαρή κατάσταση. Πολλοί από τους ασθενείς αγαπούν να γράφουν ιστορίες, ακόμα και την ιστορία της ζωής τους.
- Να τους επιτραπεί να κάνουν μερικές από τις εργασίες του τμήματος. Χρειάζεται προσοχή να μην προσκρούει η μέθοδος αυτή στους κανονισμούς του νοσοκομείου και να μην εξαντλείται σωματικά ο ασθενής.
- Διάφορα παιχνίδια: Τάβλι, ακίνδυνα ομαδικά παιχνίδια κ.λ.π
- Φάρμακα: ηρεμιστικά ή υπνωτικά κατόπιν συστάσεως του θεράποντα ιατρού.

Φυσική -σωματική φροντίδα ασθενούς με υπερδιέγερση.

Ο ασθενής με υπερδιέγερση συνήθως χάνει ένα μέρος σωματικού βάρους, αφυδατώνεται και ο ύπνος του ελαττώνεται σε μια ή δύο ώρες τη νύχτα.

Δεν αισθάνεται τον σωματικό πόνο γι' αυτό και δεν αναφέρει τυχόν τραυματισμούς. Αδιαφορεί για τις καιρικές συνθήκες και τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος. Αν τα ενδύματα τον εμποδίζουν στις κινήσεις μπορεί από τον εκνευρισμό του να τα σκίσει, έστω και αν είναι χειμώνας.

Δεν λαμβάνει υπ' όψην του τις σωματικές ανάγκες.

Η νοσοκόμος πρέπει να είναι άγρυπνη, ώστε να αντιλαμβάνεται όλες τις καταστάσεις του ασθενούς, να προλαμβάνει τυχόν τραυματισμούς, να φροντίζει για τη λήψη απαραίτητων υγρών και τροφής - η οποία θα πρέπει να είναι πλούσια σε θερμίδες και αρκετή σε ποσότητα. Το πρόβλημα του ύπνου θα αντιμετωπισθεί επαρκώς με τη χρήση υπνωτικών ή χλιαρών λουτρών. Όσον αφορά την υγιεινή φροντίδα πρέπει η νοσοκόμος να ενθαρρύνει τον ασθενή να φροντίζει μόνος του τον εαυτό του, πάντοτε όμως υπό την παρακολούθηση της ιδιαίτερης φροντίδας χρειάζεται το στόμα του ασθενούς, για να είναι καθαρό και να μην παρουσιάζονται στοματίτιδες.

Πολλοί από τους ασθενείς με υπερδιέγερση μεταπίπτουν από το διεγερτικό σε κατατονικό στάδιο, γι' αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη επαγρύπνιση μην τυχόν αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν.

Ο Κατατονικός ασθενής υποφέρει από αισθήματα ενοχής, αυτομορφής και υποτιμήσεως του εαυτού του.

Η νοσοκόμος γρήγορα θα αντιληφθεί ότι λογική συζήτηση είναι άκαρπος, και ότι το κλειδί της ευτυχίας είναι να καταλάβει ο ασθενής το ενδιαφέρον της γι' αυτόν από την εκ μέρους της φιλικότητα και κατανόηση. Η φιλικότητα πρέπει να είναι εντός των επαγγελματικών πλαισίων. Η κατανόηση βοηθά περισσότερο. Το να καθήσει η νοσοκόμος κοντά στον ασθενή και να ακούει προσεκτικά, χωρίς να παρεμβαίνει στη συζήτηση, έχει ευεργετικά αποτελέσματα στη θεραπεία.

Ο κατατονικός ασθενής είναι πολύ δύσκολο να πάρει αποφάσεις, έστω και τις πιο απλές. Η θεραπευτική αξία του νοσοκομείου ή ψυχιατρείου έγκειται στο ότι οι περισσότερες αποφάσεις

παίρονονται από το ίδρυμα. Καλό είναι η νοσοκόμος να χρησιμοποιεί ευγενικές προσκλήσεις παρά ερωτήσεις, π.χ. μπορεί να του πει ότι το μπάνιο είναι έτοιμο αντί να τον ρωτήσει πότε θα προτιμούσε να κάνει το μπάνιο του.

Μέρος την νοσηλευτικής φροντίδας είναι και η σωματική φροντίδα του ασθενή.

Η ψυχική κατάσταση του ασθενούς έχει σαν συνέπεια ορισμένες λειτουργίες του οργανισμού να παρουσιάζουν σχετική αδράνεια. Στο πεπτικό σύστημα παρουσιάζεται δυσκοιλιότητα, στο αναπνευστικό μπορεί να έχουμε πνευμονία, στα δε άκρα παρουσιάζονται οιδήματα. Οι φλεγμονές είναι πολύ συνηθισμένο φαινόμενο, γι' αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή από την νοσοκόμο κατά τη διάρκεια του μπάνιου.

Η αποτελεσματικότερη μέθοδος για τη φροντίδα του κατατονικού ασθενή είναι να κάνει η νοσοκόμος ένα ημερήσιο πρόγραμμα. Με αυτόν τον τρόπο και η ίδια είναι οργανωμένη και ο ασθενής συνηθίζει στην καθημερινή ρουτίνα, οπότε μετά την παρέλευση ενός χρονικού διαστήματος χρειάζεται μόνο μια παρότρυνση για την εκτέλεση του προγράμματος.

Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να δείξει η νοσοκόμος όσον αφορά στην ενδυμασία του ασθενούς, ειδικά το χειμώνα, γιατί ο ασθενής συχνά δεν αισθάνεται την θερμοκρασία του περιβάλλοντος.

Παράλληλα πρέπει να προσπαθεί να του δημιουργήσει ενδιαφέρον για την εξωτερική του εμφάνιση. Εκτός της ενδυμασίας οι κατατονικοί ασθενείς είναι προβληματικοί και στο θέμα της διατροφής. Πολλοί αρνούνται να λάβουν τροφή γιατί πιστεύουν ότι δεν το αξίζουν ή δεν έχουν να το πληρώσουν, άλλοι για να τιμωρήσουν μ' αυτό τον τρόπο τον εαυτό τους και άλλοι

γιατί έχουν χάσει το ενδιαφέρον για τροφή. Υπάρχει και ένα ποσοστό που χρησιμοποιεί την άρνηση της τροφής σαν μια μέθοδο αυτοκτονία. Είναι πολύ βασικό η νοσοκόμος να γνωρίζει για πιο λόγο ο ασθενής αρνείται να πάρει τροφή επειδή νομίζει ότι δεν έχει να πληρώσει,, τότε μπορεί να του επιτραπεί να βοηθήσει στην ετοιμασία του τραπέζιού ή σε κάποια άλλη δραστηριότητα του νοσοκομείου. Προσοχή χρειάζεται και στη λήψη των υγρών, γιατί τα λαμβανόμενα φάρμακα και η αδράνεια του ασθενή στο να λάβει υγρά επιφέρουν πολλές φορές αφυδάτωση.

Συχνό φαινόμενο στους κατατονικούς ασθενείς είναι οι αϋπνίες τη νύχτα. Η χρήση ηρεμιστικών καθώς επίσης ένα χλιαρό μπάνιο και ένα ζεστό ρόφημα είναι απαραίτητα.

Όλα τα παραπάνω προβλήματα έχουν ως αιτία τους τη γενικότερη εχθρική στάση του ασθενούς έναντι του εαυτού του. Για το λόγο αυτό η νοσοκόμος χωρίς να αδιαφορήσει για την ειδική αντιμετώπιση κάθε προβλήματος, πρέπει πρώτα να προσπαθήσει να ασπασχολεί τον ασθενή και να αποσπά τη σκέψη του από την εχθρότητα κατά του εαυτού του αναθετώντάς του διάφορες εργασίες, κατόπιν βέβαια συνεργασίας με τον θεράποντα γιατρό.

Οι κατατονικοί ασθενείς είναι επιρρεπείς για απόπειρα αυτοκτονίας, γι' αυτό και είναι πολύ βασικό η νοσοκόμος να είναι κατάλληλα ειδικευμένη, ώστε να μπορεί να διακρίνει τις αλλαγές διαθέσεως του ασθενούς. Οι ασθενείς συνήθως παρουσιάζουν τα πρώτα συμπτώματα αυτοκτονίας συζητώντας για το θάνατο, ή κρύβοντας διάφορα αντικείμενα με τα οποία σχεδιάζουν να κάνουν την απόπειρα, π.χ. κάποιο κομμάτι γυαλί. Υπάρχουν όμως και άλλοι που κρύβουν προσεκτικά τις σκέψεις τους και αν μάλιστα είχαν κάνει προηγουμένως απόπειρα, και σώθηκαν, τώρα είναι περισσότερο προσεκτικοί και προσπαθούν να ξεγελάσουν

έχοντας χαρούμενο παρουσιαστικό λαμβάνοντας περισσότερη τροφή κ.λ.π

Όταν η νοσοκόμος καταλάβει ότι ο ασθενής έχει τάσεις αυτοκτονίας πρέπει να ενημερώσει όλα τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας. Ο ασθενής με τις τάσεις αυτές έχει ανάγκη από ιδιαίτερη συναισθηματική βοήθεια και κατανόηση. Πρέπει να του δίνεται η ευκαιρία να συμμετέχει σε δραστηριότητες που θα τον ευχαριστήσουν. Χρειάζεται στενή παρακολούθηση μέχρι να παρέλθει αυτή η κατάσταση. Η παρακολούθηση πρέπει να γίνεται με προσοχή γιατί, αν ο ασθενής το αντιληφθεί, είναι δυνατόν να επέλθει το αντίθετο αποτέλεσμα. Είναι πολύ δύσκολο να βρεθεί τρόπος μέσα σ' ένα νοσοκομείο ώστε ο ασθενής να παρακολουθείται στενά, να είναι ασφαλής, αλλά και να μην του στερηθεί η ελευθερία του.

Σε περίπτωση που η απόπειρα γίνει παρά την όλη προσκάθεια της νοσοκόμου και του λοιπού προσωπικού, τα πρόσωπα αυτά δεν πρέπει να αισθάνονται ένοχα.

Φροντίδα ασθενών που αρνούνται να παίρνουν τροφή.

Οι ψυχικά ασθενείς συχνά αρνούνται να παίρνουν τροφή. Για να βοηθήσουμε όμως έναν τέτοιο ασθενή να πάρει την τροφή του θα πρέπει πρώτα να δούμε γιατί την αρνείται.

Υπάρχουν, δυστυχώς τόσοι λόγοι, για τους οποίους οι ασθενείς αρνούνται την τροφή, όσοι και οι ασθενείς που δεν τρώνε.

Όμως υπάρχουν μερικοί λόγοι που επαναλαμβάνονται.

- Μια δικαιολογία που συχνά προβάλλουν οι καταθλιπτικοί ασθενείς όταν δεν τρώνε, είναι ότι δεν αξίζουν να τραφούν ή ότι δεν μπορούν να πληρώσουν. Αυτό βέβαια συμφωνεί με την όλη συμπεριφορά των ασθενών αυτών, ότι δεν αξίζουν να

ζούν. Σ' αυτές τις περιπτώσεις καμιά λογική προσπάθεια δεν τους πείθει. Αν τους δείξουμε ότι η τροφή θα πεταχθεί, τότε ίσως πάρει μέρος αυτής.

- Πολλές φορές δεν παίρνει τροφή, όταν του σερβίρεται σε δίσκο. Μπορεί να πάρει από τα σκουπίδια, όταν δεν τον βλέπει κανείς. Αναμφίβολα ο ασθενής αυτός αισθάνεται πολύ ανάξιος να φάει τροφή σερβιρισμένη, αλλά μόνο τροφή που έχει ήδη πεταχθεί.

- Άλλοτε οι ασθενείς δεν δέχονται τροφή, επειδή δεν έχουν να πληρώσουν τη διανομή τους και τη διατροφή τους. Συνιστάται συνήθως να τους δοθεί να κάνουν κάποια εργασία στο τμήμα, ώστε να νομίζουν ότι εξαγοράζουν τα προς το "ζήν". Αυτό μπορεί να βοηθήσει μερικούς ασθενείς, αλλά είναι δύσκολο να οργανωθεί και να εκτελεσθεί.

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με ψευδαισθήσεις.

Βασικό πρόβλημα ασθενών με ψευδαισθήσεις είναι η διατροφή τους. Και οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις αποτελούν συνήθως αιτίες για άρνηση τροφής από μερικούς ασθενείς. Δυνατόν κάποια φωνή να τους λέει να μην φάνε, γιατί κάποιος έβαλε δηλητήριο στην τροφή. Η ιδέα αυτή είναι δύσκολο να αντιμετωπισθεί. Οι ασθενείς αυτοί τρομοκρατούνται στην ιδέα ότι πρέπει να φάνε. Μπορεί να το δεχθούν αν τους δοθούν τροφές που δεν μολύνονται εύκολα, όπως αβγά βραστά, ψωμί από κλειστό πακέτο, φρούτα ακαθάριστα.

Πολλοί ασθενείς μπορεί ακόμα να φαντασθούν ότι το δηλητήριο μπήκε σ' αυτές τις τροφές με σύριγγα ή βελόνα.

Καλή μέθοδος υποβολής είναι να εξετάζει η νοσοκόμος-νοσηλεύτρια την τροφή μπροστά στον ασθενή. Με αυτό τον τρόπο του δείχνει

ότι δεν έχει μολυνθεί. Μερικά από τα κοινά προβλήματα παραισθήσεων που έχουν σχέση με την τροφή είναι να περνούν το ντοματόζουμο για αίμα, μικρές ολόκληρες πατάτες για δάκτυλα και τα μακαρόνια για σκουλήκια. Σ' αυτές τις περιπτώσεις το πρόβλημα είναι πολύ δύσκολο.

Μια νεαρή ασθενής αρνιόταν τροφή για αρκετά χρόνια, γιατί πίστευε ότι ένα παιδί μπορεί να φέρει την ειρήνη θυσιάζοντας τον εαυτό του. Παρόλλες τις διάφορες θεραπείες που της γινόταν, αρνιόταν την τροφή και διατηρήθηκε στη ζωή γιατί τρέφόταν στην ζωή με σωλήνα GAVAGE.

Καλό είναι για ασθενείς που αρνούνται να πάρουν τροφή, όταν εισάγονται στο νοσοκομείο (λόγω περιβάλλοντος), να πηγαίνουν στην τραπεζαρία και ας μην τρώνε. Η όρεξη έρχεται, όταν παίρνουμε τα γεύματα σε ορισμένη ώρα.

Δεν είναι ωραίο να κολακεύεται ή να απειλείται ο ασθενής, όταν δεν τρώει. Είναι προτιμώτερο να τον καλέσουμε να έρθει στην τραπεζαρία ή να του σερβιρισθεί ο δίσκος χωρίς κανένα σχόλιο. Αν αρνηθεί να φάει το δεχόμαστε χωρίς σχόλια. Όταν η νοσοκόμος διαπιστώνει πως η άρνηση για τροφή (για τρεις μέρες) αποτελεί πρόβλημα υγείας, πρέπει να το συζητήσει με το γιατρό και ίσως ο γιατρός χρησιμοποιήσει τη διατροφή με σωλήνα, πράγμα που πρέπει να αποφεύγεται όσο το δυνατόν.

Μερικοί ασθενείς ιδιαίτερα τα παιδιά, τρώνε αν τους δοθεί κουτάλι, όπως ασθενείς με ελλειπή προσανατολισμό, με σύγχυση ή τρόμο. Η προσπάθεια να τραφεί ο ασθενής με τη βία, πρέπει να αποφεύγεται, γιατί δεν έχει κανένα τελικό αποτέλεσμα και ο ασθενής νομίζει ότι ου κάνουμε επίθεση.

Κατά τη διάρκεια του φαγητού το περιβάλλον πρέπει να είναι

ευχάριστο. Οι ψυχικά ασθενείς, όπως όλοι οι άνθρωποι, χρειάζονται να τους προσφέρονται τα φαγητά καλά ετοιμασμένα και σερβιρισμένα σε μια σπιτική ατμόσφαιρα.

Η θρέψη του ασθενή με σωλήνα πρέπει να αποφεύγεται. Ο σκοπός της ψυχιατρικής θεραπείας είναι να βοηθηθεί ο ψυχικά ασθενής να είναι ανεξάρτητος, να αυτοκαθοδηγείται και να παίζει ένα ρόλο στην κοινωνία.

Σε ορισμένες περιπτώσεις η θρέψη με σωλήνα ενθαρρύνει τον ασθενή να παίζει τον ανώριμο ρόλο του, προς την άλλη δηλαδή κατεύθυνση, να εξαρτηθεί από τους άλλους, πράγμα που προσπαθούσε να κάνει σε όλη του τη ζωή. Έτσι δέχεται το σωλήνα. Άλλοι ασθενείς δεν δέχονται το σωλήνα γιατί νομίζουν ότι τους επιτίθονται. Επομένως η θρέψη με σωλήνα πρέπει να γίνεται τότε μόνο, όταν παρουσιάζεται κίνδυνος για τη ζωή του ασθενή, επειδή αρνείται την τροφή του για μέρες.

Η διατροφή με σωλήνα GAVAGE κρύβει πολλούς κινδύνους π.χ. θάνατο από πνευμονία ή γάγγραινα του πνεύμονος από εισροφήσεις μέρους της τροφής, μια και τα προστατευτικά αντανακλαστικά ενός βαριά ψυχικά ασθενή μπορεί να είναι ανεπαρκή. Πολλές φορές ο ασθενής μετά από μια τέτοια εμπειρία αποφασίζει να φάει μόνος του.

Οι περισσότεροι παρανοϊκοί ασθενείς πάσχουν από καχυποψία δεν παραδέχονται ότι είναι άρρωστοι. Νομίζουν ότι το νοσοκομείο δεν τους προσφέρει τίποτα και ότι άδικα βρίσκονται εκεί. Οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν με εχθρότητα το περιβάλλον τους, συχνά δε βρίζουν και καταφέρνται κατά του προσωπικού του νοσοκομείου, ιδιαίτερα κατά των υψηλά ιστάμενων προσώπων, όπως διευθυντών, γιατρών κ.α. Πολλές φορές μάλιστα επιβουλεύονται

ακόμα και την ίδια τη ζωή τους.

Όταν ο ασθενής αρχίζει να παραπονείται για το προσωπικό, για την κακή μεταχείριση που του γίνεται, για την κακή θεραπεία, για την άδικη παραμονή του στο νοσοκομείο δεν πρέπει σε καμιά περίπτωση η νοσοκόμος να προσπαθήσει να τον πείσει ότι οι ιδέες του είναι λανθασμένες. Ένας τέτοιος χειρισμός θα του προκαλέσει περισσότερο μίσος και θα αυξήσει την καχυποψία του. Η αποτελεσματικότερη μέθοδος είναι να καθήσει να τον ακούσει με κατανόηση, χωρίς σχύλια, γιατί στη φάση αυτή λογική συζήτηση μαζί του δεν είναι δυνατόν να επιτευχθεί, επειδή ο ασθενής βρίσκεται υπό την επήρεια ισχυρών ψευδαισθήσεων. Οι ψευδαισθήσεις θα υποχωρήσουν μόνον όταν ο ασθενής αισθάνεται ότι είναι ασφαλής και παραδεκτός από το περιβάλλον του.

Απλή φιλικότητα, και σεβασμός της προσωπικότητάς του είναι απαραίτητα για τη δημιουργία τέτοιων αισθημάτων.

Η νοσηλευτική φροντίδα να είναι εξατομικευμένη. Πρέπει να καταρτισθεί ένα πρόγραμμα φροντίδας με βάση το ιστορικό του ασθενή, την εργασία του, τη γραμματική του μόρφωση, τις συναισθηματικές του ανάγκες, τα προσωπικά του ενδιαφέροντα και τις ικανότητές του. Τα τελευταία πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη στην εκλογή της κατάλληλης ψυχαγωγίας. Καλό είναι ο ασθενής να έχει μοναχικό δωμάτιο. Αυτό συμβάλλει αποτελεσματικά στην εξουδετέρωση της καχυποψίας.

Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται από τη νοσοκόμο στις συνομιλίες της με τρίτους, παρόντος του ασθενή. Η νοσοκόμα δεν πρέπει να γελά δυνατά, να θορυβεί ή να μιλάει σιγά με άλλους ασθενείς ή μέλη του προσωπικού. Σε περίπτωση που αντιλαμβάνεται ότι ο ασθενής παρακολουθεί μια συνομιλία της χωρίς να έχει την

δυνατότητα να ακούει τι λέγεται πρέπει να διακόψει τη συζήτηση. Στους παρανοϊκούς ασθενείς πρέπει να δίνονται απλές εξηγήσεις. Η νοσοκόμα έχει το δικαίωμα να αποφεύγει να απαντήσει σε κάποια ερώτηση του ασθενή, όταν όμως απαντά πρέπει να λέει πάντοτε την αλήθεια. Μόνο έτσι θα κερδίσει την εμπιστοσύνη του σ' αυτή και το προσωπικό.

Υποσχέσεις σε τέτοιους ασθενείς πρέπει να αποφεύγεται, αν όμως η νοσοκόμα υποσχεθεί κάτι, πρέπει οπωσδήποτε να εκπληρώσει την υποσχέσή της.

Νοσηλευτική φροντίδα
στο οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο.

Βασικός στόχος της Ψυχιατρικής νοσοκόμου είναι η προσεκτική παρατήρηση και αναφορά των εκδηλώσεων του ασθενούς με σκοπό να βοηθήσει:

1. Στην επιβεβαίωση ή στην απόρριψη της διάγνωσης, όταν είναι η πρώτη προσβολή.
2. Στην επισήμανση ενδείξεων βελτίωσης ή χειροτέρευσης της κατάστασως του ασθενούς κατά τη διάρκεια της θεραπείας.
3. Στην αντιμετώπιση παρενεργειών.
4. Στη σημείωση της συμπεριφοράς που προηγήθηκε του οξέος επεισοδίου, σ' ένα εσωτερικό ασθενή.

Αναλυτικότερα η διάγνωση της σχιζοφρένιας, όπως των περισσότερων ψυχικών νοσημάτων, εξαρτάται από την παρουσία ή απουσία ορισμένων συμπτωμάτων που μπορούνε να γίνουν αντιληπτά μόνο με μια προσεκτική και παρατεταμένη παρατήρηση από άτομο που ξέρει τι πρέπει να προσέξει. Μερικά συμπτώματα δεν γίνονται αντιληπτά άμεσα, αλλά συμπεραίνονται από την παρακολούθηση της συμπεριφοράς του αρρώστου, π.χ. οι ασθενείς μπορεί να αρνούνται ότι έχουν ψευδαισθήσεις, όταν τους ρωτάμε, αλλά το συμπεραίνουμε από - φωνές, ομιλίες, ή γέλια, που δεν σχετίζονται με ανταπόκρισή τους προς τα άτομα που είναι κοντά τους.

- Εμφανής απασχόληση της σκέψης τους ή ύφος σαστισμένο.
- Μεταβολή της έκφρασης του προσώπου τους άσχετη με ότι συμβαίνει τριγύρω τους.
- Τάση προς αναίτιες ή αυθόρμητες πράξεις βίας.

Κάθε συμπεριφορά του ασθενούς, που δείχνει σύγχυση άσχετη με τον χώρο ή το χρόνο, η διακύμανση της συνείδησής του πρέπει

να σημειώνεται και να αναφέρεται. Η απώλεια της συνείδησης, οι επιληπτικές κρίσεις, οι παροδικές παραλύσεις, η δυσκολία στην ομιλία πρέπει επίσης να αναφέρονται.

Παραληρητικές ιδέες μπορεί να εμφανισθούν μόνο τυχαία, όταν ένα σχετικό ζήτημα συμβαίνει να είναι το θέμα της συζήτησης ή όταν ο ασθενής έχει εμπιστοσύνη στη νοσοκόμο που έχει στενή επαφή μαζί της.

Όταν η νοσοκόμος αναφέρει ιδέες που κρίνει απατηλές, πρέπει να μην αναφέρει απλώς ότι ο ασθενής παραλογίζεται, αλλά να αναφέρει απλώς ότι ο ασθενής παραλογίζεται, αλλά να αναφέρει ακριβώς τα λόγια του.

Η φύση των παραληρητικών ιδεών ίσως να έχει σημασία, ακόμα η νοσοκόμος δεν πρέπει να ξεχνά ότι όλες οι ιδέες που μας φαίνονται παράλογες δεν είναι στην πραγματικότητα παράλογες.

Η αντίδραση στη θεραπεία πρέπει να σημειώνεται λεπτομερώς και τακτικά, με βάση τα εξής:

1. Επίταση ή υποχώρηση των συμπτωμάτων.
2. Βελτίωση ή χειροτέρευση στη γενική συμπεριφορά.
3. Στάση προς τις κοινωνικές δραστηριότητες.
4. Σχέσεις με το προσωπικό, τους ασθενείς και τους συγγενείς.
5. Τρόπος εργασίας.
6. Αντίδραση στη λήψη φαρμάκων.

Να αιτιολογείται η φράση "ο ασθενής είναι συνεργάσιμος". Δεν έχει νόημα, αν δεν πούμε με ποιόν είναι συνεργάσιμος και πότε.

Οι παρενέργειες των φαρμάκων μπορεί να προκαλούν μια αύξηση των συμπτωμάτων της ασθένειας, γι' αυτό πρέπει η νοσοκόμος να αναφέρει καθαρά τη μεταβολή, στη συμπεριφορά του ασθενούς.

Να μην λέει "ο ασθενής" ότι "είναι ανήσυχος", γιατί αυτό σημαίνει πολλά. Μπορεί να σημαίνει ότι βηματίζει πάνω κάτω ή ότι φωνάζει, ότι είναι ανήσυχος, έχει άγχος, είναι επιθετικός ή ότι το φάρμακο που παίρνει τον ενοχλούν στα πόδια και με το περπάτημα αισθάνεται καλύτερα. Αν ρωτηθεί ο ασθενής ίσως περιγράψει σωστά πως αισθάνεται και έτσι θα ελαττώσουν τη δόση του φαρμάκου, ενώ αν μείνει η εντύπωση του "ανήσυχου" θα του αυξήσουν τη δόση.

Η αναγνώριση των συμπτωμάτων που προηγούνται μιας οξείας κρίσεως και η έγκαιρη αντιμετώπιση μπορεί να προλάβουν την κρίση προς όφελος ασθενούς και προσωπικού.

Ένα επακόλουθο της ασθένειας είναι η μερική ή ολοκληρωτική κατάρρευση της ομαλής επικοινωνίας του ασθενούς με τον κόσμο γύρω του.

Αυτό προκαλεί δυσκολίες στις σχέσεις του, με αποτέλεσμα να αυξάνουν ή να διαιωνίζονται τα συμπτώματά του και φυσικά έχει ιδιαίτερη σημασία για την φροντίδα των χρόνιων καταστάσεων.

Στην οξεία φάση είναι ίσως αδύνατο να δημιουργηθεί μια πραγματική επαφή με τον ασθενή, είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι ακόμα και στις πιο οξείες καταστάσεις ο ασθενής μπορεί να αντιλαμβάνεται τη στάση του προσωπικού απέναντί του και αυτό μπορεί να έχει επίδραση στις μετέπειτα σχέσεις μαζί του.

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Ε Σ Ε Ν Ε Ρ Γ Ε Ι Ε Σ
Σ Τ Η Ν Π Ρ Ο Λ Η Ψ Η Τ Η Σ Ψ Υ Χ Ι Κ Η Σ Υ Γ Ε Ι Α Σ .

Στην πρόληψη της ψυχικής υγείας θα επισημάνω δύο κύρια σημεία:

1. Πολλές ψυχικές διαταραχές τις αποκτάμε συνήθως από τα πρώτα χρόνια της ζωής μας.

Οι διαταραχές του χαρακτήρα της προσωπικότητας, η νεύρωση, πολλές φορές και η ψύχωση, έχουν συχνά τις ρίζες τους στις κακές σχέσεις με το περιβάλλον.

Λέξη κλειδί για την ψυχική υγεία του ατόμου είναι η λέξη σχέσεις δηλ. η επικοινωνία.

Χωρίς επικοινωνία, χωρίς σχέσεις, δεν ζει ο άνθρωπος.

Αλλά τι γίνεται όταν αυτές οι σχέσεις αναπτύσσονται, ειδικά στα πρώτα χρόνια της ζωής σε ένα περιβάλλον αρρωστημένο;

Μπορεί το άτομο να παραμείνει υγιές;

2. Ο ψυχικά άρρωστος δεν είναι ποτέ μια μεμονωμένη περίπτωση.

Συχνά ο πιο ευαίσθητος, ο πιο αδύναμος στην οικογένεια είναι το άτομο που χρειάζεται ειδική μεταχείριση.

Γι' αυτό και η προληπτική και θεραπευτική αγωγή στρέφεται μόνο στον ίδιο τον άρρωστο, αλλά είναι μια θεραπευτική στάση απέναντι στο οικογενειακό σύνολο, που μέσα του τρέφει την αρρώστεια.

Έτσι σωστές διαπροσωπικές σχέσεις από τη μία κι ένα ψυχολογικό υγιές οικογενειακό περιβάλλον από την άλλη, γίνονται οι δύο βασικότερες προϋποθέσεις για την ψυχική ισορροπία του κάθε ανθρώπου. Όταν παρουσιάζεται κάποιο κρούσμα ψυχικής αρρώστειας, τότε το πρόβλημα που προκύπτει είναι πολύπλευρο, γιατί παρουσιάζεται και στα στενά οικογενειακά πλαίσια και στην κοινότητα ή στην κοινωνία, η οποία συχνά απορριπτική απέναντι στον ψυχικά άρρωστο.

Στην οικογένεια παρουσιάζονται πολλά προβλήματα. Η δημιουργία προβλημάτων στην καθημερινή ρουτίνα, τα αισθήματα ενοχής της οικογένειας για το άρρωστο μέλος, η ανησυχία που προκύπτει από τις δυσκολίες επικοινωνίας με το ψυχικά άρρωστο, η ελλιπής οικονομική αντιμετώπιση του προβλήματος, είναι μερικά από αυτά. Εξ' άλλου πολλές φορές τα "φυσιολογικά μέλη" της οικογένειας κρίνουν ότι ένα τέτοιο άτομο σ' αυτή αποτελεί "βάρος". Η πιο εύκολη λύση που βρίσκουν για να απαλλαγούν από τα προβλήματα είναι το ψυχιατρείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.

Η νοσηλεύτρια πρωταρχικά κάνει μια σωστή προσέγγιση και εδραιώνει μια σωστή σχέση, μια σχέση εμπιστοσύνης με τον άρρωστο. Πηγαίνοντας στο σπίτι του ψυχικά αρρώστου, πρέπει να δραστηριοποιηθεί προς όλες τις κατευθύνσεις.

1. Συνεργασία νοσηλεύτριας και ψυχιάτρου.

Ο πολύς κόσμος, διστάζει να πλησιάσει και να ζητήσει την βοήθεια ειδικά του ψυχιάτρου, περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη ειδικότητα. Επίσης κατέχεται από προκαταλήψεις για τα ψυχοφάρμακα, εντυπωσιασμένος και προδιατιθεμένος αρνητικά από τις παρενέργειες, χωρίς να εκτιμά το τεράστιο πραγματικό όφελος από την θεραπευτική τους δράση.

Με την ψυχιατρική νοσηλεύτρια όμως, που θα τον επισκέπτεται και στο σπίτι, ο ψυχικά άρρωστος θα έλεγα "ξεθαρρεύει"· νιώθει πιο άνετα έχει λιγότερους δισταγμούς και ο ίδιος και η οικογένειά του

Η νοσηλεύτρια, στην οικογένεια που επισκέπτεται πρέπει να έχει αναπτυγμένη την παρατηρητικότητα της ως προς τη γενικότερη συμπεριφορά του αρρώστου.

Να παρακολουθεί τις διαπροσωπικές του σχέσεις με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, την υποχονδριακή ή όχι συμπεριφορά του τον βαθμό συνεργασίας του με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Σε αυτό το συγκεκριμένο σκοπό, συνεργάζεται στενά με τον ψυχίατρο, ερμηνεύει και συζητά την εκάστοτε συμπεριφορά του αρρώστου με τον γιατρό γιατί αυτή έχει περισσότερες δυνατότητες να γνωρίζει όχι μόνο το ιστορικό και το ρόλο του αρρώστου

στην κοινωνία, αλλά και περισσότερο από οιαδήποτε άλλον. Προ πάντων συζητάει λοιπόν ανταλλάσσοντας απόψεις με τον γιατρό, ώστε να μπορεί να προσαρμόσει την συμπεριφορά του αρρώστου στα επιθυμητά πλαίσια που απαιτούν οι σύγχρονες θεραπευτικές μέθοδοι.

Έτσι η νοσηλεύτρια γίνεται, μεταξύ αρρώστου και ψυχιάτρου, ο "συνδετικός κρίκος" και μεταφέρει μηνύματα από την μία πλευρά στην άλλη και αντίστροφα, αφού συζητάει το κάθε το με τον ψυχίατρο και πάρει συμβουλές και οδηγίες.

2. Συνεργασία νοσηλεύτριας και οικογένειας.

Όλα αυτά μπορούν να γίνουν και να αποδώσουν, εφ' όσον και η οικογένεια έχει έντονο το πνεύμα της συνεργασίας.

Υπάρχει όμως η περίπτωση να μην συνεργάζεται καθόλου η οικογένεια, οπότε τα προβλήματα είναι περισσότερα.

Η νοσηλεύτρια και στις δύο περιπτώσεις, θα πρέπει να εντείνει τις προσπάθειές της, ώστε η οικογένεια να θεωρηθεί ένας από τους βασικότερους συντελεστές της κοινωνικής αποκατάστασης του ψυχικά αρρώστου.

Πρέπει να πλησιάσει όσο το δυνατόν περισσότερο την οικογένεια και να την ενεργοποιήσει στο σπίτι.

Πολλές φορές η παραμονή του αρρώστου στην οικογένεια ή η επαναφορά του, δημιουργεί προβλήματα, γιατί η ίδια η οικογένεια είναι προβληματική.

Ο τρόπος που θα δέχεται τον ψυχικά άρρωστο, ο τρόπος που θα τον φροντίζει, που θα του φέρεται, που θα τον αντιμετωπίζει γενικά, είναι παράγοντες βασικοί για την κοινωνική προσαρμογή ή όχι του αρρώστου.

Όταν υπάρχει ένα ψυχικά άρρωστο άτομο και η οικογένεια δεν

μπορεί να σταθεί θετικά απέναντί στις θεραπευτικές απαιτήσεις, τότε η νοσηλεύτρια πρέπει να ασκήσει και προς τις δύο κατευθύνσεις πολύπλευρη προσπάθεια. Να διδάξει και να δείξει.

Η διδαχή με τα λόγια δεν πιάνει πάντα τόσο, όσο η εφαρμογή. Δεν πρέπει να υπάρχει όμως από την πλευρά της οικογένειας υπέρμετρος συναισθηματικός, με αποτέλεσμα την δημιουργία υπερπροστατευτικού κλίματος απέναντι στον άρρωστο, που τον κάνει πιο άβουλο και πιο αδύναμο από ότι είναι. Σε αυτό το ζήτημα, η νοσηλεύτρια θα διαπαιδαγωγήσει σωστά την οικογένεια και της δώσει τις σωστές κατευθύνσεις, πάνω στη ρύθμιση των συναισθηματικών της σχέσεων με το άρρωστο μέλος της.

Γενικότερα η δουλειά της νοσηλεύτριας στην οικογένεια, με στόχο την πρόληψη της ψυχικής νόσου και τον προαγωγή της ψυχικής υγείας, ανάγεται στη σωστή και πρακτική επαφή με την οικογένεια.

Είναι αυτή που την διαπαιδαγωγεί και δίνει σωστές κατευθύνσεις και λύσεις.

3. Ατομική υγιεινή - Καθαριότητα.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να παρακολουθεί τον τρόπο υγιεινής ή μη διαβίωσης του αρρώστου στο σπίτι.

Οποσδήποτε η ελλειπής ατομική καθαριότητα και η καθαριότητα του σπιτιού και η "μίζερη" ζωή είναι ανασταλτικός παράγοντας για την παραπέρα προώθηση της κοινωνικοποίησης του αρρώστου. Θα πρέπει να διαφωτιστούν τα μέλη της οικογένειας, με τον πιο κατάλληλο τρόπο, σχετικά με την αναγκαιότητα εξυγίανσης του περιβάλλοντος που ζούν αλλά και την βελτίωση της ατομικής καθαριότητας.

Παίρνοντας σαν δεδομένο, ότι ο τρόπος υγιεινής είναι βασικός δείκτης για τη θεραπεία του ψυχικά αρρώστου η νοσηλεύτρια επισκέπτεται συχνά το σπίτι του αρρώστου και παρακολουθεί την κατάσταση αυτή από κοντά και αναλόγως το τι θα συναντήσει, παρεμβαίνει με κατάλληλους χειρισμούς.

4. Διατροφή.

Πρέπει ακόμα να ελέγχει κατά πόσο ο άρρωστος διατρέφεται σωστά ή όχι.

Δεν αρκεί πάντα να λέμε ότι ένα άτομο διατρέφεται σωστά όταν τρώει πολύ φαγητό, αλλά είναι αναγκαίο να ελέγξουμε και την σύνθεση της τροφής.

Πρέπει λοιπόν η νοσηλεύτρια να ελέγξει το είδος της τροφής του αρρώστου και από εκεί και πέρα να διαπιστώσει εάν η διατροφή του περιέχει τη σωστή ή όχι αναλογία υδατανθράκων, λιπών-πρωτεϊνών και προ πάντων τη σωστή ή όχι λήψη βιταμινών.

Η σωστή συντήρηση του οργανισμού με την κατάλληλη διατροφή, είναι απαραίτητα στοιχεία για την παραπέρα φυσιολογική εξέλιξη του ατόμου.

Υπάρχει επίσης άμεση σύνδεση της σωματικής και ψυχικής σφαίρας του ανθρώπου και όταν ένας ψυχικά άρρωστος δεν διατρέφεται σωστά και επαρκώς, τότε υπάρχουν επιπτώσεις και στην ψυχική του υγεία.

Όταν διατρέφεται υπερβολικά και αποθηκεύει λίπος, τότε αποκτά μια υπερβολική δισκινησία και μυϊκή δυσκαμψία λόγω υπέρμετρου βάρους, με αποτέλεσμα να αρχίσει να δυσφορεί με το βάρος του και να πέφτει σε αδράνεια και να απαισιοδοξεί.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει να ρυθμίσει την διατροφή του ψυχικά αρρώστου στα καλύτερα δθματά πλαίσια, σε συνεργασία πάντα με την οικογένεια.

5. Παρενέργειες φαρμάκων.

Πέρα από το να παρακολουθεί τη λήψη των φαρμάκων από τον άρρωστο, παρακολουθεί επίσης αν υπάρχουν παρενέργειες από τα ψυχοφάρμακα (εξαιपुरαμινικά, δηλαδή τρόμο χειρών, βολβοστροφή, ξηρότητα στόματος κ.λ.π) οπότε το αναφέρει στον ψυχίατρο για να κάνει κάποια αλλαγή στην θεραπευτική αγωγή.

6. Ψυχαγωγία.

Η ψυχαγωγία είναι τόσο σημαντική για τον ψυχικά άρρωστο όσο και για τα φυσιολογικά άτομα. Τον ενθαρρύνει να εκφράσει τα αισθήματα του με έμμεσο τρόπο, μια και αδυνατεί να τα εκφράσει πλήρως μέσα από το λόγο, τουλάχιστον στην αρχή. Δίνει επίσης στον άρρωστο την δυνατότητα να αρχίσει με τους συνανθρώπους του διάλογο και να αναπτύξει διαπροσωπικές σχέσεις. Παροτρύνει την οικογένεια να ψυχαγωγεί το άτομο. Ανάλογα βέβαια με την ποιότητα ψυχαγωγίας που του προσφέρουν ο ψυχικά άρρωστος δέχεται ή δεν δέχεται σωστά ερεθίσματα, που βοηθούν ή όχι στην κοινωνική τους αποκατάσταση.

Η σωστή ψυχαγωγία είναι βασικός συντελεστής της κοινωνικοποίησης του αρρώστου και μπορεί να την έχει μόνο με την συμβολή της οικογένειας και τις ανάλογες ενέργειες και προσπάθειες της νοσηλεύτριας.

Η νοσηλεύτρια λοιπόν θα φροντίσει να υποδείξει διάφορα ψυχαγωγικά πλαίσια, επιμορφωτικά της κοινότητας, ή ακόμα ευρύτερα, όπου θα εντάξει τον ελεύθερο χρόνο του ψυχικά αρρώστου, για να αξιοποιηθεί παραπέρα.

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ.

Η νοσηλεύτρια χρησιμοποιώντας τις γνώσεις και τις εμπειρίες από την ψυχιατρική νοσηλευτική, δημιουργεί ένα θεραπευτικό περιβάλλον όπου ο άρρωστος αισθάνεται άνετα και ασφαλής. Κατανοεί και αναγνωρίζει τις εκάστοτε ψυχολογικές, κοινωνικές και βιολογικές διεργασίες, που μπορούν να εμφανιστούν κατά την σωματική αρρώστεια, καθώς και τις επιπτώσεις τους στην ανάρρωση και αποκατάσταση.

Η νοσηλεύτρια επιδιώκει:

α. Να βοηθήσει τον άρρωστο να προσανατολιστεί στο πρόβλημα της αρρώστειας τους στην εφαρμαζόμενη νοσηλεία και στο περιβάλλον του νοσοκομείου.

β. Να παρέχει ψυχική άνεση και ασφάλεια στον άρρωστο.

γ. Να ενθαρρύνει τον άρρωστο να εκφράζει με εμπιστοσύνη και ελευθερία τις ανάγκες, τις επιθυμίες, τους φόβους και τις ανησυχίες του.

Κάτι πολύ σημαντικό που θα αναπτύξει η νοσηλεύτρια, είναι η παρατηρητικότητα ως προς:

α. Την εμφάνιση του αρρώστου: Ποιά εντύπωση προκαλεί η έκφραση του προσώπου, το ντύσιμο και η όλη παρουσία του αρρώστου;

Δίνει την εικόνα του ανθρώπου που πάσχει ή που φαίνεται υγιείς. Είναι χαρούμενος, λυπημένος, σκεπτικός ή αδιάφορος; Φαίνεται φοβισμένος, ανήσυχος ή σε αγωνία;

Ενδιαφέρεται γι' αυτά που γίνονται γύρω του ή φαίνεται αφηρημένος και ανίκανος; Είναι καθαρός και περιποιημένος ή βρώμικος και ακατάστατος;

β. Τη στάση του αρρώστου:

Τι στάση κρατά απέναντι στο γιατρό και ποιά είναι η στάση προς άλλα πρόσωπα που είναι γύρω του;

ποιά είναι η στάση του για την αρρώστεια του; Απαντά στις ερωτήσεις; Συμπεριφέρεται στο γιατρό και στο περιβάλλον του φιλικά και ευγενικά ή είναι αντιθετικός, επιθετικός ευερέθιστος ή και καταστροφικός; Παρακολουθεί τα γεγονότα με ενδιαφέρον ή όχι;

γ. Γενική συμπεριφορά:

Πως συμπεριφέρεται στο κόσμο; Μπορεί κανείς εύκολα να τον πλησιάσει; Ενδιαφέρεται για τα προσωπικά του προβλήματα;

δ. Κινητικές εκδηλώσεις:

Είναι υπερκινητικός, εκφράζεται με χειρονομίες ή είναι περιορισμένος στις κινήσεις του, βραδυκίνητος ή και σχεδόν ακίνητος; Αλλάζει συνεχώς θέση και στάση ή μένει καθηλωμένος;

ε. Τρόπος ομιλίας.

Πως εκφράζεται ο άρρωστος; Μιλάει αυθόρμητα ή μόνο για να απαντήσει στις ερωτήσεις; Μιλάει ήρεμα ή απότομα; Έχει καλή άρθρωση; Μιλάει έντονα ή με χαμηλή φωνή;

Χρησιμοποιεί τις λέξεις σωστά και δίνει ολοκληρωμένες φράσεις χρησιμοποιεί ανύπαρκτες λέξεις χωρίς νόημα;

Το βασικότερο όμως που θα αναπτύξει η νοσηλεύτρια με τον άρρωστο είναι η επικοινωνία. Η επικοινωνία είναι πανανθρώπινη ανάγκη.

Με αυτήν η νοσηλεύτρια αξιολογεί την κατάσταση της υγείας

του. Διακρίνει την ανάγκη του για ψυχολογική βοήθεια. Με

την επικοινωνία καταλαβαίνει αν πηγαίνει καλά ή όχι ο άρρωστος.

Η επικοινωνία είναι απαραίτητη για την:

α. Πρόληψη της αρρώστειας.

β. Νοσηλευτική φροντίδα.

γ. Νοσηλευτική αποκατάσταση.

Η σωστή επικοινωνία απαιτεί: Χρόνο-ηρεμία-επιδεξιότητα και γνώσεις εκ μέρους της νοσηλεύτριας. Ανακουφίζει τον άρρωστο από την εσωτερική του ένταση και του μεταβιβάζει ψυχολογική ασφάλεια.

Η νοσηλεύτρια συντελεί ώστε να περάσει ο άρρωστος τήν αρρώστεια του σαν μια εμπειρία, η οποία τον αποπροσανατολίζει σε προσωπικά αισθήματα και αξίες και ενισχύει τις θετικές δυνάμεις της προσωπικότητας του και όχι σαν εκλυτικός παράγοντας για την εμφάνιση κάποιας ψυχικής διαταραχής.

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ

ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.

Η έννοια της υγείας τώρα περιλαμβάνει όχι μόνο την απουσία της αρρώστειας αλλά και την πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου.

Η συμβολή της νοσηλεύτριας στην πρόληψη της ψυχικής αρρώστειας και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας είναι πολύτιμη. Στην κοινότητα εργάζεται σε όλους τους τομείς με κύριους στόχους: Πληροφόρηση-ενημέρωση-συμβουλευτική προς όλες τις κατευθύνσεις. Ρίχνει το βάρος της στην πληροφόρηση για την υγεία και ευτυχία του παιδιού, σημείο πρωταρχικό της όλης προσπάθειας.

Βλέποντας ένα ενήλικα με ψυχικές διαταραχές, νιώθουμε βαθιά συμπάθεια γι' αυτό το άτομο το σωματικά ολοκληρωμένο αλλά συναισθηματικά στερημένο, εξωτερικά ώριμο, εσωτερικά αγχώδες και ανασφαλές.

Η προσπάθεια για πρόληψη, δεν έχει σαν μόνο σκοπό την θεραπεία διαταραχών στην παιδική ηλικία, ώστε να αποφευχθεί ψυχική αρρώστεια αργότερα. Έχει σαν κύριο σκοπό, την δημιουργία άριστων συνθηκών για την διαμόρφωση και ωρίμαση της προσωπικότητας του παιδιού, μέσα στο πλαίσιο των σχέσεων με τους γονείς και την οικογένεια γενικά.

Η ψυχιατρική νοσηλεύτρια ρίχνει την προσοχή της όσον αφορά:

α. Το βαθμό φροντίδας, αγάπης και στοργής:

Άτομα που δεν είχαν στοργή και αγάπη στην παιδική ηλικία ή δεν έγιναν καλά αποδεκτά από τους γονείς τους και το περιβάλλον τους, δημιουργούν μια δυσμενή ψυχολογική προδιάθεση, επειδή αναπτύσσονται μέσα τους αισθήματα εχθρότητας, ανασφάλειας, και αβεβαιότητας που οδηγούν σε άγχος.

β. Τις σχέσεις ανάμεσα στους γονείς:

Ψυχρές και διαταραγμένες σχέσεις ανάμεσα στους γονείς, δημιουργούν στα παιδιά σύγχυση αισθημάτων.

Όταν ένα παιδί είναι μάρτυρας κακής μεταχείρισης του ενός γονιού από τον άλλον, θα αναπτύξει αναπόφευκτα μέσα του αισθήματα εχθρότητας και επιθετικότητας εναντίον του σκληρού γονιού.

Τα αισθήματα αυτά έρχονται σε σύγκρουση με τα αισθήματα εξάρτησης, σεβασμού και αγάπης, που το παιδί τρέφει προς τον γονιό αυτό. Η σύγκρουση αυτή δημιουργεί άγχος, που αν δεν αντισταθμιστεί κατάλληλα, αργότερα μπορεί να γίνει αιτία νευρωσικών εκδηλώσεων.

γ. Τη συναισθηματική σταθερότητα στις σχέσεις με το παιδί. Ασπάθεια συναισθηματική συμπεριφορά από τους γονείς π.χ. τρυφερότητα και υπερπροστασία που εναλλάσσεται με τυραννική στάση και τιμωρίες, δημιουργούν συνθήκες τόσο για ανωμαλία προσωπικότητας, όσο και για νευρωσικές εκδηλώσεις. Οι προϋποθέσεις και βάσεις του σχεδίου συμπεριφοράς του ενήλικα, χτίζονται στα πρώτα χρόνια ζωής, ο νέος οικοδομεί πάνω σε αυτές τις βάσεις.

Έναν άλλο τομέα που προσέχει η νοσηλεύτρια είναι των χρονίων νοσημάτων και αναπηριών.

Τονώνει ενθαρρύνει και επιλύει τα προβλήματά τους, βοηθώντας στην προσαρμογή των αρρώστων στη ζωή.

Έχει υπόψη της ότι σε αυτές τις περιπτώσεις η σωματική παθολογία είναι αλληλένδετη με τα ψυχολογικά επακόλουθα.

Η συμβολή της νοσηλεύτριας είναι απαραίτητη και στον συμβουλευτικό τομέα προς όλες τις κατευθύνσεις, όπου είναι συγκεντρωμένοι άνθρωποι.

Στο Γενικό Νοσοκομείο - στην Ψυχιατρική Κλινική - στο σχολείο - στο εργοστάσιο - Στην Εκκλησία - σε συμβουλευτικούς σταθμούς νεότητας - σε γηροκομεία - στα αναμορφωτήρια - σε παιδικούς σταθμούς - στις φυλακές - σε διάφορους συλλόγους.

Η κοινωνία γενεσιουργός για τον τρόπο ζωής, εκφράζει τις δομές της μέσω της αρρώστειας. Η κοινωνία είναι: ζώσα μήτρα για τη διαμόρφωση της προληπτικής ψυχιατρικής και η ψυχιατρική νοσηλεύτρια ακρογωνιαίος λίθος της.

Η νοσηλεύτρια κατέχει τη θέση κλειδί της στην διδασκαλία όσο και στην θεραπεία με σκοπό πάντα την ομαλή ένταξη των ψυχικά ασθενών ατόμων στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Η πλατειά γνώση και ενημέρωση λοιπόν γύρω από το πρόβλημα της σχιζοφρένειας καθώς και η συμβολή της πολιτείας μπορούν να οδηγήσουν στη μείωση του μεγάλου αυτού προβλήματος.

Εδώ θα πρέπει να αφαιρεθεί η σπουδαιότητα της βοήθειας άλλων σπουδαίων επιστημών όπως της ψυχολογίας των κοινωνικών λειτουργών κ.λ.π

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρακάτω έρευνα, άρχισε από τις 7-5-90 και ολοκληρώθηκε στις 28-7-90

Το υλικό που χρησιμοποιήσαμε ήταν 200 ανώνυμα ερωτηματολόγια, τα οποία δώσαμε σε:

α) 100 γονείς (ποσοστό 50%).

β) 100 ασθενείς (ποσοστό 50%).

Τα ερωτηματολόγια που προορίζονται για την οικογένεια δόθηκαν σε άτομα που κατοικούσαν σε χωριό, κωμόπολη και πόλη, ενώ οι ερωτήσεις που ήταν για τους ασθενείς δόθηκαν προφορικά. Ήταν εύκολες, έτσι ώστε να μπορέσουν να δώσουν απαντήσεις και άτομα τα οποία ήταν αναλφάβητα.

Με την ερευνά μας προσπαθήσαμε να πλησιάσουμε τόσο τους γονείς, όσο και τους ασθενείς, να κατανοήσουμε όσο το δυνατόν περισσότερο, το πρόβλημά τους και γενικότερα το αντίκτυπό που έχουν στοε υρύτερο κοινωνικό σύνολο

Τα φυλλάδια που δόθηκαν θα μπορούσαν να ήταν περισσότερα αλλά λόγω της ιδιαιτερότητας του προβλήματος και της ελάχιστης πείρας μας και του περιορισμένου χρόνου ήταν πολύ δύσκολο να αναφερθούμε πιο διεξοδικά.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή των αποτελεσμάτων ήταν απλή μέθοδος των τριών.

Α Π Ο Τ Ε Λ Ε Σ Μ Α Τ Α
Ε Ρ Ε Υ Ν Α Σ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή 100 ερωτηθέντων γονέων ασθενών με βάση τις σχέσεις γονέων και ασθενούς πριν νοσήσει:

ΣΧΕΣΕΙΣ	ΓΟΝΕΙΣ
ΠΟΛΥ ΚΑΛΕΣ	5%
ΚΑΛΕΣ	12%
ΜΕΤΡΙΕΣ	21%
ΑΣΧΗΜΕΣ	28%
ΑΠΑΙΤΗΤΙΚΕΣ	34%

Στον πίνακα 1 φαίνεται ότι από τους 100 ερωτηθέντες ένα ποσοστό (5%) διατηρούν πολύ καλές σχέσεις, (12%) καλές, (21%) μέτριες, (28%) άσχημες και (34%) απαιτητικές.

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι ένα ελάχιστο ποσοστό (5%) διατηρούν πολύ καλές σχέσεις και (12%) καλές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατανομή 100 ερωτηθέντων γονέων ασθενών με βάση τον τρόπο συμπεριφοράς τους.

ΤΡΟΠΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	ΓΟΝΕΙΣ
ΕΛΑΣΤΙΚΟΣ	12%
ΑΠΑΙΤΗΤΙΚΟΣ	33%
ΚΑΤΑΔΙΚΑΣΤΙΚΟΣ	9%
ΑΠΑΘΗΣ	7%
ΥΠΕΡΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΣ	39%

Από τον πίνακα 2 φαίνεται ότι από τους 100 ερωτηθέντες ένα ποσοστό (12%) ήταν ελαστικοί, (33%) απαιτητικοί, (9%) καταδικαστικοί, (7%) απαθής και (39%) υπερπροστατευτικοί.

Από τα αποτελέσματα αυτά διαπιστώνουμε ότι υπερισχύει το ποσοστό το γονέων με 39% οι υπερπροστατευτικοί και ένα ποσοστό 33% που ο τρόπος τους ήταν απαιτητικός.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κατανομή 100 ερωτηθέντων γονέων με βάση αν ήταν ίδια η συμπεριφορά τους στα μέλη της οικογένειας τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΓΟΝΕΩΝ
ΝΑΙ	82%
ΟΧΙ	18%

Από τον πίνακα 3 φαίνεται ότι από τους 100 ερωτηθέντες ένα ποσοστό (82%) μας απαντούν ότι η συμπεριφορά τους είναι ίδια απέναντι στα μέλη της οικογενειάς τους και (18%) μόνο μας απάντησαν όχι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή 100 ερωτηθέντων γονέων με ερώτηση: Αν αποδέχονται με ελαστικότητα και κατανόηση τα λάθη του ασθενούς παιδιού τους.

ΤΡΟΠΟΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ	ΓΟΝΕΙΣ
ΠΑΝΤΑ	6%
ΑΡΚΕΤΕΣ ΦΟΡΕΣ	36%
ΕΛΑΧΙΣΤΕΣ	38%
ΣΗΠΑΝΙΑ	20%

Από τον πίνακα 4 προκύπτει ότι από 100 ερωτηθέντες ένα ποσοστό (6%) αποδέχονται πάντα με ελαστικότητα και κατανόηση τα λάθη του ασθενούς παιδιού τους, (36%) αρκετές φορές (38%) ελάχιστες και (20%) σπάνια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατανομή 100 ερωτηθέντων νέων σχετικά με το αν υπήρχε ή υπάρχει άλλο άτομο στο ίδιο γένος που πάσχει από την ίδια νόσο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΓΟΝΕΩΝ
ΝΑΙ	16%
ΟΧΙ	84%

Από τον πίνακα 5 φαίνεται ότι από τους 100 ερωτηθέντες γονείς ποσοστό (16%) απάντησαν ναι υπάρχει στο ίδιο γένος άτομο με παρόμοια νόσο. Ποσοστό (84%) απάντησαν όχι

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Κατανομή 100 ερωτηθέντων γονέων για το πως θα χαρακτήριζαν τη συζητική τους σχέση πριν την εκδήλωση της ασθένειας.

ΣΧΕΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΓΟΝΕΩΝ
ΑΡΜΟΝΙΚΗ	14%
ΚΑΛΗ	28%
ΜΕ ΠΟΛΛΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ	40%
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ - Η	6%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	12%

Στον πίνακα 6 φαίνεται ότι από τους 100 ερωτηθέντες γονείς ένα ποσοστό (14%) είχαν αρμονικές σχέσεις, (28%) καλές, (40%) με πολλές δυσκολίες, (6%) διαζευγμένοι-ες και (12%) δεν απάντησαν.

Από τα αποτελέσματα αυτά διαπιστώσαμε ότι (40%) είχαν πολλές δυσκολίες στις συζητικές σχέσεις και (14%) μόνο είχαν αρμονικές σχέσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κατανομή 100 ερωτηθέντων γονέων με βάση τις γραμματικές τους γνώσεις:

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΓΟΝΕΩΝ
ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ	39%
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	35%
ΓΥΜΝΑΣΕΙΟ - ΛΥΚΕΙΟ	18%
ΠΤΥΧΙΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	8%

Από τον πίνακα 7 φαίνεται ότι από τους 100 ερωτηθέντες γονείς ποσοστό (39%) ήταν αναφάβητοι, (35%) Δημοτικού, (18%) Γυμνασίου-Λυκείου και 8% ήταν Πτυχιούχοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Από τα αποτελέσματα φαίνονται ότι υπερисχύουν τα ποσοστά (39%) αναφάβητοι και (35%) δημοτικού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Κατανομή 100 ερωτηθέντων γονέων με βάση τον τόπο διαμονής τους.

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΓΟΝΕΩΝ %
ΧΩΡΙΟ	47%
ΚΩΜΟΠΟΛΗ	35%
ΠΟΛΗ	18%

Από τον πίνακα 8 συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (47%) προέρχεται από χωριό, ακολουθεί σε ποσοστό (35%) η κωμόπολη και τελικά η πόλη παρουσιάζει το μικρότερο ποσοστό 18%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Κατανομή 100 ερωτηθέντων γονέων με βάση πως ήταν τα οικονομικά τους πριν την εκδήλωση της ασθένειας.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΓΟΝΕΩΝ %
ΚΑΛΑ	15%
ΜΕΤΡΙΑ	37%
ΑΣΧΗΜΑ	48%

Από τον πίνακα 9 φαίνεται ότι από τους 100 ερωτηθέντες γονείς ποσοστό (15%) απάντησαν καλά, 37% μέτρια και (48%) άσχημα.

Από τα αποτελέσματα αυτά υπερισχύει το ποσοστό 48% που απάντησαν ότι τα οικονομικά τους ήταν άσχημα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Κατανομή 100 ερωτηθέντων γονέων σε συνάρτηση με το αν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις οικονομικές απαιτήσεις του προβλήματος.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΓΟΝΕΩΝ %
ΝΑΙ	36%
ΟΧΙ	64%

Από τον πίνακα 10 φαίνεται ότι από τους 100 ερωτηθέντες γονείς ποσοστό (36%) απάντησαν ότι δεν έχουν πρόβλημα και ποσοστό (64%) ότι δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει τις οικονομικές ανάγκες που προκύπτουν από τη νόσο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Κατανομή 100 ερωτηθέντων γονέων με βάση την σημερινή σχέση τους μ' αυτό το άτομο.

ΣΧΕΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΓΟΝΕΩΝ %
ΚΑΛΕΣ	8%
ΜΕΤΡΙΕΣ	38%
ΑΣΧΗΜΕΣ	44%

Από τον πίνακα 11 φαίνεται ότι από τους 100 ερωτηθέντες γονείς ποσοστό (8%) έχουν καλές σχέσεις , (38%) μέτριες και (44%) άσχημες.

Από τα αποτελέσματα καταλαβαίνουμε ότι συνεχίζουν να υπερσχύουν οι άσχημες σχέσεις με ποσοστό (44%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Κατανομή 100 ερωτηθέντων γονέων για το πως θα χαρακτήριζαν σήμερα τις συζηγικές σχέσεις τους.

ΣΧΕΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΓΟΝΕΩΝ %
ΑΡΜΟΝΙΚΗ	9%
ΚΑΛΗ	28%
ΜΕ ΠΟΛΛΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ	45%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	9%
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ-Η	9%

Από τον πίνακα 12 φαίνεται ότι από τους 100 ερωτηθέντες ποσοστό (9%) συνεχίζουν να έχουν αρμονικές σχέσεις, (28%) καλές, (45%) με πολλές δυσκολίες, (9%) δεν απάντησαν και (9%) διαζευγμένοι-ες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Κατανομή 100 ερωτηθέντων γονέων στην ερώτηση αν τους αποφεύγουν οι συγγενείς και οι φίλοι.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΓΟΝΕΩΝ %
ΝΑΙ	20%
ΟΧΙ	68%
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	12%

Από τον πίνακα 13 φαίνεται ότι από 100 ερωτηθέντες γονείς ποσοστό (20%) που ^{α.73}φεύγει _{α.72}της συναναστροφής με την οικογένεια που έχει ασθενή (68%) δεν τους αποφεύγει και (12%) μερικές φορές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Κατανομή 100 ερωτηθέντων γονέων στην ερώτηση για το πως κρίνουν τη σχέση του ασθενούς ατόμου με τα αδέρφια του.

ΣΧΕΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΓΟΝΕΩΝ %
ΚΑΛΕΣ	19%
ΜΕΤΡΙΕΣ	31%
ΑΣΧΗΜΕΣ	39%
ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΑΔΕΛΦΙΑ	11%

Από τον πίνακα 14 φαίνεται ότι από τους 100 ερωτηθέντες γονείς ποσοστό (19%) είχαν καλές σχέσεις με τα αδέρφια τους. (31%) μέτριες, (39%) άσχημες και (11%) δεν υπάρχουν αδέρφια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Κατανομή 100 ερωτηθέντων γονέων ποιές ήταν οι σχέσεις του ασθενούς με τους φίλους του και γενικότερα με το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

ΣΧΕΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΓΟΝΕΩΝ %
ΚΑΛΕΣ	19%
ΜΕΤΡΙΕΣ	29%
ΑΣΧΗΜΕΣ	39%
ΔΕΝ ΕΙΧΕ ΦΙΛΟΥΣ	13%

Από τον πίνακα 15 προκύπτει ότι από τους 100 ερωτηθέντες γονείς ποσοστό (19%) είχαν καλές σχέσεις, (29%) μέτριες, (39%) άσχημες και (13%) δεν είχε φίλους.

Από τα αποτελέσματα αυτά φαίνεται η τάση του ασθενούς να απομονώνεται αφού ποσοστό (39%) είχε άσχημες σχέσεις και (13%) δεν είχε φίλους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Κατανομή 100 ερωτηθέντων γονέων στην ερώτηση ποιά είναι η συμπεριφορά του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΓΟΝΕΩΝ %
ΑΡΙΣΤΗ	12%
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ	34%
ΜΕΤΡΙΑ	41%
ΑΣΧΗΜΗ	13%

Από τον πίνακα 16 παρατηρείται ότι από τους 100 ερωτηθέντες γονείς ποσοστό (12%) είναι άριστη η συμπεριφορά του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, (34%) ικανοποιητική, (41%) μέτρια και (13%) άσχημη.

Από τα αποτελέσματα αυτά καταλαβαίνουμε ότι ένα ποσοστό (41%) και (13%) βρίσκουν μέτρια και άσχημη την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού που σημαίνει δεν είναι ευχαριστημένοι από τον τρόπο συμπεριφοράς τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Κατανομή 100 ερωτηθέντων ασθενών με βάση τις σχέσεις ασθενών με τους γονείς τους.

ΣΧΕΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ %
ΚΑΛΕΣ	17%
ΜΕΤΡΙΕΣ	34%
ΑΣΧΗΜΕΣ	49%

Από τον πίνακα 17 φαίνεται ότι από τους 100 ερωτηθέντες ασθενείς ποσοστό (17%) έχουν καλές σχέσεις με τους γονείς τους, (34%) μέτριες και (49%) άσχημες.

Από τα αποτελέσματα αυτά καταλαβαίνουμε ότι υπερίσχυει το ποσοστό (49%) με άσχημες σχέσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Κατανομή 100 ερωτηθέντων ασθενών με βάση τις σχέσεις με τα αδέρφια τους.

ΣΧΕΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΚΑΛΕΣ	21%
ΜΕΤΡΙΕΣ	38%
ΑΣΧΗΜΕΣ	41%

Από τον πίνακα 18 παρατηρείται ότι από τους 100 ερωτηθέντες ασθενείς ποσοστό (21%) έχουν καλές σχέσεις με τα αδέρφια τους, (38%) μέτριες, (41%) άσχημες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Κατανομή 100 ερωτηθέντων ασθενών σε ερώτηση αν ζουν με τις οικογενειές τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ.
ΝΑΙ	25%
ΟΧΙ	75%

Από τον πίνακα 19 βλέπουμε από τους 100 ερωτηθέντες ασθενείς ποσοστό (25%) ζούν μαζί με τις οικογενειές τους και (75%) δεν μένουν μαζί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Κατανομή 100 ερωτηθέντων ασθενών σε ερώτηση αν δεν ζουν μαζί με τις οικογενειές τους τους επισκέπτονται συχνά;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΝΑΙ	41%
ΟΧΙ	59%

Από τον πίνακα 20 παρατηρείται ότι από τους 100 ερωτηθέντες ασθενείς ποσοστό (41%) τους επισκέπτονται οι οικογενειές τους και (59%) δεν τους βλέπουν καθόλου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Κατανομή 100 ερωτηθέντων ασθενών σε ερώτηση αν έχουν φίλους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ %
ΝΑΙ	19%
ΟΧΙ	81%

Από τον πίνακα 21 βλέπουμε ότι από τους 100 ερωτηθέντες ασθενείς ποσοστό (19%) έχουν φίλους και (81%) δεν έχουν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Κατανομή 100 ερωτηθέντων ασθενών με βάση αν εξασκούν κάποιο επάγγελμα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΝΑΙ	20%
ΟΧΙ	80%

Από τον πίνακα 22 φαίνεται ότι από τους 100 ερωτηθέντες ασθενείς ποσοστό (20%) εξασκούν και απασχολούνται με κάποιο επάγγελμα και (80%) δε δουλεύουν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Κατανομή 100 ερωτηθέντων ασθενών σε ερώτηση αν τους αρέσει ο χώρος που μένουν;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ %
ΝΑΙ	26%
ΟΧΙ	56%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	18%

Από τον πίνακα 23 βλέπουμε ότι από τους 100 ερωτηθέντες ασθενείς ποσοστό (26%) τους αρέσει ο χώρος που μένουν, (56%) όχι και (18%) δεν μας απάντησαν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Κατανομή 100 ερωτηθέντων ασθενών σε ερώτηση αν υπάρχει κάτι από τη ζωή τους που να το θυμούνται έντονα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΟΧΙ	49%
ΝΑΙ	51%

Από τον πίνακα 24 φαίνεται ότι από τους 100 ερωτηθέντες ασθενείς, ποσοστό (49%) δεν θυμούνται τίποτα και (51%) θυμούνται. Στην ερωτήσή μας τι ακριβώς θυμούνται ποσοστό (22%) το θάνατο κάποιου αγαπημένου προσώπου, (9%) αποτυχία επαγγελματική και

(5%) ερωτική απογοήτευση και (15%) θυμούνται κάποια βίαιη παιδική τους μεταχείριση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Κατανομή 100 ερωτηθέντων ασθενών με βάση τη συμπεριφορά των άλλων απέναντί τους και αν είναι ευχαριστημένη από τη συμπεριφορά αυτή.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ %
ΝΑΙ	19%
ΟΧΙ	81%

Από τον πίνακα 25 φαίνεται ότι από τους 100 ερωτηθέντες ασθενείς, ποσοστό (19%) είναι ευχαριστημένοι από συμπεριφορά των άλλων και (81%) δεν είναι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Κατανομή 100 ερωτηθέντων ασθενών σε ερώτηση γιατί δεν τρώνε;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ %
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	12%
ΑΛΛΑΓΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ (Βίαιοι)	28%
ΦΟΒΟΣ ΓΙΑ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ (Αδιάφοροι)	19%
ΑΙΣΘΑΝΟΝΤΑΙ ΑΝΑΞΙΟΙ ΝΑ ΦΑΝΕ	15%
ΔΕΝ ΑΞΙΖΟΥΝ ΝΑ ΤΡΑΦΟΥΝ ΕΠΕΙΔΗ ΔΕΝ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΠΛΗΡΩΣΟΥΝ ΤΟ ΦΑΓΗΤΟ.	15%
ΑΙΣΘΑΝΟΝΤΑΙ ΧΟΡΤΑΣΜΕΝΟΙ	11%

Από τον πίνακα 26 φαίνεται ότι από τους 100 ερωτηθέντες ασθενείς, ποσοστό (12%) δεν απάντησαν, (28%) άλλαξαν συμπεριφορά αμέσως ένα (9%) έγιναν βίαιοι χτυπώντας τα κουτάλια πάνω στο τραπέζι και (19%) έμειναν αδιάφοροι. Ποσοστό (19%) φοβόταν ότι η τροφή ήταν δηλητηριασμένη, (15%) αισθανόταν ότι ήταν ανάξιοι να φάνε την τροφή τους σερβιρισμένη αλλά μόνο τροφή που έχει ήδη πεταχτεί στα σκουπίδια. Ποσοστό (11%) αισθανόταν χορτασμένοι και (15%) δεν άξιζαν να τραφούν επειδή δεν μπορούν να πληρώσουν το φαγητό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 27: Κατανομή 100 ερωτηθέντων ασθενών με βάση γιατί ζητάνε τσιγάρα και λεφτά.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ %
ΓΕΛΟΥΣΑΝ	14%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	9%
ΤΑ' ΧΟΥΝ ΑΝΑΓΚΗ	29%
ΓΙΑΤΙ ΤΟΥΣ ΧΡΩΣΤΑΝΕ	9%
ΘΕΛΟΥΝ ΛΕΦΤΑ ΓΙΑ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΠΙΟ ΠΛΟΥΣΙΟΙ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ	13%
ΚΑΠΝΙΖΩ ΓΙΑΤΙ ΕΙΜΑΙ ΜΟΝΟΣ ΜΟΥ	26%

Από τον πίνακα 27 φαίνεται ότι από 100 ερωτηθέντες ασθενείς, ποσοστό (14%) γελούσαν και έδειχναν αδιάφοροι. Ποσοστό (9%) δεν απάντησαν, (29%) μας είπαν ότι τα έχουν ανάγκη. Από αυτούς ένα ποσοστό (4%) μας είπαν ότι έχουν ανάγκη από λεφτά γιατί θα τους χτυπήσει ο άντρας τους αν γυρίσουν το βράδυ και δεν έχουν αρκετά χρήματα μαζί τους, ποσοστό (15%)

έχουν ανάγκη από χρήματα γιατί θέλουν να αγοράσουν πολλά και ακριβά ρούχα ποσοστό (10%) έχουν ανάγκη από τσιγάρα γιατί θέλουν να είναι το κέντρο της προσοχής με αυτό τον τρόπο ξεχωρίζουν από τους άλλους. Ποσοστό (9%) μας είπαν ότι τους χρωστάνε, ποσοστό (13%) θέλουν λεφτά για να είναι οι πιο πλούσιοι στον κόσμο και (26%) καπνίζουν γιατί είναι μόνοι και να περνάει η ώρα τους.

Σ Υ Ζ Η Τ Η Σ Η

Έχει παρατηρηθεί ότι οι σχιζοφρενείς συγκεντρώνονται στις φτωχότερες περιοχές των μεγάλων πόλεων και βρίσκονται κατά μεγαλύτερο ποσοστό στα κατώτερα στρώματα των κοινωνικών τάξεων. Πρωταρχικά έγινε η σκέψη ότι το στρές της φτωχικής ζωής δημιούργησε τη σχιζοφρένεια στα άτομα που είχαν μια τέτοια προδιάθεση. Σήμερα είναι γνωστό ότι αυτή η κατάσταση είναι αποτέλεσμα της σχιζοφρένειας, παρά η αιτία της δημιουργίας της.

Οι πρωτοπόροι πολύχρονων ερευνών έχουν δείξει ότι ενώ οι σχιζοφρενείς απαντούνται στα χαμηλότερα στρώματα, οι οικογένειες από τις οποίες προέρχονται βρίσκονται με την ίδια συχνότητα σε όλες τις κοινωνικές τάξεις.

Αυτό το γεγονός είναι ακόμη μια επιβεβαίωση ότι η οικογενειακή κατάσταση του αρρώστου είναι η αιτία του κοινωνικού ξεπεσμού του σχιζοφρενή. Κάποια σχέση μ' όλα αυτά έχουν και οι παρατηρήσεις των Delog και Deniker και αργότερα του Roiterin (1979) ότι οι σχιζοφρενείς βρίσκονται πολύ συχνότερα από ότι αναμένεται, σε μοναχικούς τόπους όπως η Βόρεια Σκανδιναβία, και σε επαγγέλματα που προσφέρουν απομόνωση, όπως το εμπορικό ναυτικό.

Διακεκριμένοι επιστήμονες έχουν συμμετάσχει σε αρκετά συνέδρια και σεμινάρια με σκοπό την ανάλυση της ασθένειας όχι μόνο από Ιατρικής, αλλά κυρίως από κοινωνικής πλευράς αλλά κατ' επιρροή που έχει η ασθένεια στις σχέσεις ατόμων-οικογένειας ευρύτερου κοινωνικού συνόλου.

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία ορισμένων ερευνών ένα ποσοστό 30-40% ξαναεμφανίζουν ψυχωτικό επεισόδιο και η έκβαση δεν είναι η πλήρης αποκατάσταση.

Ποσοστό 25/35% μπορεί να επανέλθει στην αρχική κατάσταση πριν

από την αρρώστια, ενώ ένα ποσοστό 10-20% βαδίζουν προς την άνοια.

Τα περισσότερα στοιχεία για την κοινωνική αποκατάσταση των σχιζοφρενών προέρχονται από ένα ορισμένο τύπο κοινωνικού και πολιτισμικού περιβάλλοντος. (Αγγλοσαξωνικό).

Τα στατιστικά δεδομένα του Wing στη Μ. Βρετανία δείχνουν ότι οι σχιζοφρενικοί έχουν την ακόλουθη κατανομή σχετικά με τις πιθανότητες για κοινωνική αποκατάσταση:

α) Σε ποσοστό 49% είναι ελεύθερα συμπτωμάτων και εργάζονται κατά τρόπο που τους εξασφαλίζει οικονομική και κοινωνική ανεξαρτησία.

β) Σε ποσοστό 7% παρουσιάζουν μερικά συμπτώματα, αλλά δεν παύουν να εργάζονται.

γ) Σε ποσοστό 16% δεν έχουν σοβαρά συμπτώματα αλλά δεν είναι σε θέση να εργάζονται και είναι οικονομικά εξαρτημένοι.

δ) Σε ποσοστό 17% παρουσιάζουν σοβαρά συμπτώματα που καθιστούν απαραίτητη όχι μόνο την οικονομική αλλά και την εν γένει προστασία τους.

ε) Σε ποσοστό 11% δεν είναι σε θέση να βιώσουν έξω από το νοσοκομείο.

Σ Υ Μ Π Ε Ρ Α Σ Μ Α _ Π Ρ Ο Τ Α Σ Ε Ι Σ .

Με την επιτυχή εφαρμογή των σύγχρονων θεραπευτικών μέσων ολοένα και περισσότεροι σχιζοφρενικοί αντιμετωπίζονται ως εξωτερικοί άρρωστοι χωρίς να παρίσταται ανάγκη νοσηλείας τους.

2. Οι υποτροπές έχουν μειωθεί σημαντικά τόσοσε αριθμό όσο σε διάρκεια και ένταση.
3. Η κοινωνική βιωσιμότητα έχει εξασφαλισθεί για την συντριπτική πλειοψηφία των αρρώστων.
4. Είναι οι λίγοι που είναι αναγκασμένοι να ζούν στο ψυχιατρείο δεν είναι σε θέση να έχουν μια ικανοποιητική κοινωνική ζωή
5. Ελάχιστες είναι οι περιπτώσεις που παρατηρείται σταθερή επιδείνωση που καταλήγει στη "σχιζοφρενική άνοια".
6. Τα ποσοστά της βελτίωσης φαίνεται να είναι συναρτημένοι περισσότερο με τη διαθεσιμότητα και καλή αξιοποίηση των σύγχρονων θεραπευτικών μέτρων και λιγότερο με την ίδια τη φύση της νόσου.
7. Ο συνδιασμός φαρμάκων και η ψυχολογική αντιμετώπιση αποτελούν το καλύτερο μέσο αποτροπής των επανεισαγωγών και οποιουδήποτε τύπου αγωγής που δεν περιλαμβάνει φαρμακοθεραπεία, έχει περιορισμένη αποτελεσματικότητα.
8. Το κοινωνικό άγχος και η κοινωνική απομόνωση, μειώνουν τις δυνατότητες αντίστασης στην αρρώστεια και στην επιβίωση.
9. Αντίθετα έχει παρατηρηθεί ότι η κοινωνική συμμετοχή αυξάνει την δυνατότητα του ατόμου να ανθίσταται και να επιβιώνει.

Με την ερευνά μας αυτή προσπαθήσαμε να εντοπίσουμε τα σοβαρά προβλήματα που δημιουργούνται όχι μόνο στην οικογένεια αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο από την παρουσία ενός ατόμου με σχιζοφρένεια.

Ένα αρκετό σοβαρό ποσοστό γονέων (62%) απάντησαν ότι οι σχέσεις επικοινωνίας μεταξύ τους ήταν πολύ άσχημες . Επίσης τεράστια σημασία έχει το μορφωτικό επίπεδο της οικογένειας που ένα ποσοστό 39% ήταν αναφάλβητοι και ένα 35% ήταν του δημοτικού.

Πρέπει επίσης να τονιστεί ότι τα οικονομικά μιας οικογένειας παίζουν σπουδαίο ρόλο στην εκδήλωση της ασθένειας. Το ποσοστό των 48% είναι ενδεικτικό πως η νόσος εμφανίζεται στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα.

Οι συζυγικές σχέσεις παίζουν καθοριστικό ρόλο. Ποσοστό μόνο 9% οι σχέσεις είναι αρμονικές και 28% καλές.

Ένας ακόμη παράγοντας βασικός στην εμφάνιση της νόσου είναι και η κληρονομικότητα. Ένα ποσοστό 16% απήντησε πως στο ίδιο γένος υπήρχαν παρόμοια συμπτώματα.

Ποσοστό 32% δήλωσαν ότι λόγω της ύπαρξης στην οικογένεια ατόμου με σχιζοφρένεια αποφεύγονται συχνά από συγγενείς και φίλους με αποτέλεσμα οι οικογένειες αυτές να θερωρούνται κοινωνικά στιγματισμένες και επομένως η προσαρμογή τους στην κοινωνία να γίνεται ακόμη πιο δύσκολη.

Θέση κλειδί για την ανθρώπινη συμπεριφορά αποτελούν οι αρχές της ψυχιατρικής νοσηλευτικής.

Η ικανότητά της να προσεγγίζει αυτά τα άτομα με δεξιοτεχνία και κατανόηση θα βοηθήσει στο να κερδίσει την εμπιστοσύνη και την συνεργασία τόσο των ίδιων όσων και των οικογενειών τους.

Βασικές επιδιώξεις της πολιτείας στην αντιμετώπιση του εκτεταμένου προβλήματος της σχιζοφρένειας στη χώρα μας θα πρέπει να είναι:

α) Η οργάνωση μονάδων για την σωστή παρακολούθηση και θεραπεία των ασθενών και

β) Η προσπάθεια περιορισμού του αριθμού των πασχόντων για την πρόληψη της νόσου.

Η πλατειά γνώση και ενημέρωση λοιπόν γύρω από το υπαρκτό πρόβλημα καθώς και η συμβολή της πολιτείας σε συνδιασμό με τις κατάλληλες επιστήμες μπορούν να οδηγήσουν αν όχι στην εξάλειψη τουλάχιστον στην σημαντική μείωση της ασθένειας.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ.

Η σχιζοφρένια παραμένει μια χείμαιρα που διαρκώς ξεφεύγει από τους διώχτες της και ποτέ δεν επιτρέπει σε κανέναν να την αγγίξει. Όπως ήδη, έχουμε πει, η σχιζοφρένια είναι ένα είδος τρέλας και όπως λέει ένα λατινικό γνωμικό:

"Quern Jupiter vult perdere dementat prius"

(Αυτόν που θέλει να καταστρέψει ο Θεός, τον κάνει τρελό).

Η σχιζοφρένια είναι κάτι το παγκόσμιο, κάτι που μας προστατεύει, (οτρελός είναι ο μόνος λογικός, γιατί έχει ξεφύγει από τον τρελό δικό μας κόσμο). Πρίν βιαστούμε να καταδικάσουμε από κοντά μας τον τρελό ας φέρουμε στο νού μας αυτές τις παρατηρήσεις:

1. Η τρέλα είναι κάτι που μπορεί να συμβεί σε όλους τους ανθρώπους ακόμα και σε μας τους ίδιους.
 2. Οι σχιζοφρενείς δεν είναι διαφορετικοί, αλλά είναι άνθρωποι σαν και μας που χάθηκαν σ' ένα λαβύρινθο από τον οποίο, πολλές φορές, φαίνεται ότι δεν υπάρχει δυνατότητα φυγής.
 3. Όλοι μας γινόμαστε κάθε τόσο τρελοί (τρελοί από φόβο, από θυμό, από πόνο, από λύπη). Σίγουρα υπάρχουν στιγμές που χάνουμε τα λογικά μας.
 4. Μας συμφέρει να λέμε ότι οι άλλοι είναι τρελοί, για να πείθουμε τον εαυτό μας ότι είμαστε λογικοί.
 5. Για όλους μας υπάρχει μια πόρτα που οδηγεί στην τρέλα, και μπορεί να είναι ένα δυνατό ποτό, ένας εφιάλτης, μια παράσταση από το ασυνείδητο, ένα όνειρο, μια πρόληψη ή ακόμα ένα έργο τέχνης ή ένα παραμύθι.
- Ζούμε σε ένα τρελό κόσμο όπου κάθε άνθρωπος, κάνει τον δικό

του πόλεμο, ενάντια στους δικούς του εχθρούς.

Τα στρατόπεδα συγκέντρωσης, η απειλή μιας πυρηνικής καταστροφής, είναι λογικόνό από τα πρόσωπα της τρέλας, μπροστά στην οποία το παράλογο τραγούδι του τρελού, πρὸς το φεγγάρι, δεν φαίνεται και τόσο παράλογο.

Όλοι μας ζούμε μέσα σε μια ζούγκλα, όπου το πρωταρχικό μέλημα είναι η επιβίωση, πράγμα που συνεπάγεται την καταστροφή ή τουλάχιστον τον σκληρό ανταγωνισμό των άλλων.

Το μεγαλείο της Ίωψ είναι σαν τρέλα. Τι θα κερδίσει όμως ένας άνθρωπος αν κατακτήσει όλο τον κόσμο και χάνει την γηιά του;

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΟΝΕΩΝ - ΑΣΘΕΝΩΝ.

- Πως ήταν σχέση σας με το άτομο πριν την εκδήλωση της ασθένειας.

- α) Πολύ καλές
- β) Καλές
- γ) Μέτριες
- δ) Άσχημες
- ε) Απαιτητικές

- Σαν γονέας πιστεύεται πως ο τρόπος συμπεριφοράς σας ήταν:

- α) Ελαστικός
- β) Απαιτητικός
- γ) Καταδικαστικός
- δ) Απαθής
- ε) Υπερπροστατευτικός

- Η συμπεριφορά σας ήταν ίδια σ' όλα τα μέλη της οικογένειά σας:

- α) Ναι
- β) Όχι

- Αναγνωρίζατε και αποδεχόσασταν με ελαστικότητα και κατανόηση τα λάθη του ασθενούς παιδιού σας.

- α) Πάντα
- β) Αρκετές φορές
- γ) Ελάχιστες φορές
- δ) Σπάνια

- Υπήρχε - υπάρχει άλλο άτομο στο ίδιο γένος που πάσχει από παρόμοια νόσο.

- α) Ναι
- β) Όχι

- Πως θα χαρακτηρίζατε την συζυγική σας σχέση πριν την εκδήλωση της ασθένειας:

- α) Αρμονική
- β) Καλή
- γ) Με πολλές δυσκολίες
- δ) Διαζευγμένος-η
- ε) Δεν απάντησαν

- Ποιές είναι οι γραμματικές σας γνώσεις;

- α) Αναφάλβητος
- β) Δημοτικό
- γ) Γυμνάσιο - Λύκειο
- δ) Πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

- Ο τόπος διαμονής σας είναι:

- α) Χωριό
- β) Κωμόπολη
- γ) Πόλη

- Πως ήταν τα οικονομικά σας πριν την εκδήλωση της ασθένειας;

- α) Καλά
- β) Μέτρια
- γ) Άσχημα

- Πως είναι σήμερα; Σας διευκολύνουν να ανταπεξέλθετε στις απαιτήσεις του προβλήματος;

- α) Ναι
- β) Όχι

- Πως είναι η σημερινή σχέση σας μ' αυτό το άτομο;

- α) Καλές
- β) Μέτριες
- γ) Άσχημες

- Πως θα χαρακτηρίζατε σήμερα τις συζυγικές σας σχέσεις;

- α) Αρμονική
- β) Καλή
- γ) Με πολλές δυσκολίες
- δ) Δεν απάντησαν
- ε) Διαζευγμένος-η

- Σας αποφεύγουν οι συγγενείς και οι φίλοι σας

- α) Ναι
- β) Όχι
- γ) Μερικές φορές

- Πως θα κρίνατε τις σχέσεις του ασθενούς ατόμου με τα αδέλφια του;

- α) Καλές
- β) Μέτριες
- γ) Ασχημες
- δ) Δεν υπάρχουν αδέλφια

- Ποιές ήταν οι σχέσεις του ασθενούς με τους φίλους του και γενικότερα με το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

- α) Καλές
- β) Μέτριες
- γ) Ασχημες
- δ) Δεν είχε φίλους

- Η συμπεριφορά του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού είναι;

- α) Αριστη
- β) Ικανοποιητική
- γ) Μέτρια
- δ) Άσχημη.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ

- Πως είναι οι σχέσεις σου με τους γονείς σου;

α) καλές

β) μέτριες

γ) Άσχημες

- Πως είναι οι σχέσεις σου με τα αδέρφια σου;

α) Καλές

β) Μέτριες

γ) Άσχημες

- Ζείς με αυτούς;

α) Ναι

β) Όχι

- Αν όχι τους βλέπεις συχνά;

α) Ναι

β) Όχι

- Έχεις φίλους;

α) Ναι

β) Όχι

- Εξασκείς κάποιο επάγγελμα;

α) Ναι

β) Όχι

- Σου αρέσει εδώ μέσα;

α) Ναι

β) Όχι

γ) Δεν απάντησαν.

- Υπάρχει κάτι από τη ζωή σου που το θυμάσαι έντονα;

- α) Όχι
- β) Ναι, αν ναι τί;

- Πως σου συμπεριφέρονται; Είσαι ευχαριστημένος;

- α) Ναι
- β) Όχι

Γιατί δεν τρώς;

- α) Δεν απάντησαν
- β) Αλλαγή συμπεριφοράς
- Βίαιοι
- Αδιάφοροι
- γ) Φόβος για δηλητηρίαση
- δ) Αισθάνονται ανάξιοι να φάνε
- ε) Αισθάνονται χορτασμένοι
- στ) Δεν αξίζει να τραφούν επειδή δεν μπορούν να πληρώσουν
το φαγητό.

- Γιατί ζητάτετσιγάρα και λεφτά;

- α) Γελούσαν
- β) Δεν απάντησαν
- γ) Ταΐχουν ανάγκη
- δ) Γιατί τους χρωστάνε
- ε) Για να είναι πιο πλούσιοι στον κόσμο
- στ) Καπνίζω "γιατί είμαι μόνος μου".

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. VALDIANI M: Οδηγός υγιεινής Τόμος 4^{ος} . Έκδοση 1^η .
Έκδόσεις "ΔΟΜΙΚΗ" Αθήνα.1987.
2. ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ Ι.Ν: Φαρμακολογία: Επίτομος. Έκδοση 2^η .
ΑΦΩΝ Κυριακίδη. Θεσ/νίκη 1985.
3. BEER F. - ΡΟΙΤΕΒΙΝ: Μεγάλη ιατρική εγκυκλοπαίδεια
Τόμος 3^{ος} . Έκδοση 3^η . Εκδοτικός οργανισμός "Χρυσός τύπος"
Αθήνα 1980.
4. VENISSE L: Η ψυχογενής ανορεξία. Επίτομος. Έκδοση 1^η .
Εκδόσεις Χατζηνικολή. Αθήνα 1987.
5. WALTON J: Νευρολογία Επίτομος. Έκδοση 5^η . Ιατρικές εκδόσεις
Δίτσα. Αθήνα 1984.
6. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Α: Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Επίτομος. Έκδοση 2^η
Εκδόσεις "ΤΑΒΙΘΑ". Αθήνα 1985.
7. ESTERSON .A - LAING R.D: Η ψυχική ισορροπία η τρέλα και η
οικογένεια. Τόμος 1^{ος} . Έκδοση 1^η . Εκδόσεις Ράππα.
Λονδίνο 1963.
8. ΖΑΚΑΡΝΤ R: "Η τρέλα" Επίτομος. Έκδοση 1^η . Εκδόσεις
Χατζηνικολή. Αθήνα 1986.
9. ΚΑΓΓΕΛΑΡΗΣ F: Η διαδικασία της αποπροσωποποίησης στη σχιζοφρένια.
Επίτομος. Έκδοση 2^η . Εκδόσεις Καστανιώτη . Αθήνα 1985.
10. ΚΟΥΠΕΡ Ν: Η ψυχιατρική και αντιψυχιατρική. Τόμος 3^{ος} .
Έκδοση 2^η . Εκδόσεις Ράππα Αθήνα 1974.
11. ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ.Γ: Κοινωνία και ψυχική υγεία. Τόμος 1^{ος} . Έκδοση
2^η . Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα 1985.
12. ΜΙΤΣΕΛ Α: Σχιζοφρένια και κοινωνία. Επίτομος. Έκδοση 2^η .
Εκδόσεις "ΔΑΝΙΑ". Αθήνα 1979.
13. ΝΙΚΗΤΟΠΟΥΛΟΥ Γ: Βασική φυσιολογία. Τόμος 2^{ος} . Έκδοση 3^η .
Επιστημονικές εκδόσεις: Γρηγόριος Παρισινός, Αθήνα 1984.

14. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Γ.Κ: Ψυχολογία. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 3^η
Εκδόσεις "Ψυχοτεχνική". Ηράκλειο 1985.
15. ΠΑΠΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Λ: "Σύγχρονα ρεύματα της γενικής ψυχολογίας
και νέες μορφές της σχολικής μεθοδολογίας". Τόμος 2^{ος}.
Έκδοση 2^η. Εκδοτικός οίκος ΑΦΩΝ: ΚΥΡΙΑΚΙΔΗ. Θεσ/νίκη 1979.
16. ΠΟΤΑΜΙΑΝΟΥ Α: "Τα παιδιά της τρέλας". Επίτομος Έκδοση 1^η.
Εκδόσεις "Νεφέλη". Αθήνα 1988.
17. ΣΑΒΒΑΣ Α: "Ανατομική του ανθρώπου" Επίτομος Έκδοση 2^η.
Εκδοτικός οίκος "Κυριακίδη". Αθήνα 1985.
18. SMITH T. "THE MACMILLAN GUIDE" Μεγάλος Ιατρικός Οδηγός.
Τόμος 2^{ος}. Επιστημονική Επιμέλεια. "Ιατρική εταιρεία
Αθηνών". Εκδόσεις Γιαννέλη. Αθήνα 1987.
19. ΤΣΑΛΙΚΟΓΛΟΥ Φ: Σχιζοφρένεια και φόνος. Τόμος 3^{ος}. Έκδοση 2^η
Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα 1984.
20. ΤΣΑΛΙΚΟΓΛΟΥ Φ: Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή. Τόμος 1^{ος}.
Έκδοση 2^η. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα 1987.
21. ΦΙΛΙΠΠΟΠΟΥΛΟΣ Γ: "Κλινική Ψυχιατρική. Τόμος 2^{ος}. Ιατρικές
Εκδόσεις "Δίτσα". Αθήνα 1980.
22. ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ Π: "Εισαγωγή στην Ψυχιατρική". Επίτομος.
Έκδοση 1^η. Εκδόσεις "Θεμέλιο". Αθήνα 1986.